

I M P L E M E N T A T I E   V A N   D E   W G B O

VAN **WET** NAAR  
**PRAKTIJK**



DEEL 1

**EINDRAPPORT**

**Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO.**

**Deel 1 Eindrapport**

Uitgave van het Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO.

Eindredactie: J.M. Witmer en R.P. de Roode

Redactie: Afdeling In - en Externe Communicatie KNMG

Ontwerp en druk: Rooduijn, bureau voor communicatie & design, Den Haag

Utrecht, juni 2004

© 2004 Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Informatie uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, mits met duidelijke bronvermelding.

ISBN 90-71994-31-7

Hoewel aan de totstandkoming van deze uitgave de uiterste zorg is besteed, kan voor eventuele (druk)fouten en onvolledigheden niet worden ingestaan en aanvaarden de samenstellers, (eind)redacteuren en uitgever deswege geen aansprakelijkheid voor de gevolgen van eventueel voorkomende fouten en onvolledigheden.

De volgende organisaties maken deel uit van het Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO.

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Arcares

GGZ Nederland

Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV)

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)

NVZ Vereniging van ziekenhuizen (NVZ)

Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

Deze publicatie is te bestellen bij:

KNMG

Afdeling Beleid en Advisering

Postbus 20051

3502 LB Utrecht

Tel (030) 2823765

of te downloaden van het internet: [www.knmg.nl/wgbo](http://www.knmg.nl/wgbo)



# Voorwoord

Een juiste toepassing van de WGBO is in het belang van zowel de patiënt als de hulpverlener. Een goede behandelrelatie tussen patiënt en hulpverlener legt immers de basis voor de best mogelijke behandeling van de patiënt. Hulpverleners en met name patiënten moeten door een juiste toepassing van de wet in staat worden gesteld tot een goede samenwerking met voldoende informatie, kennis, duidelijkheid over elkaars positie en respect voor de wederzijdse rechten en plichten. Kijkend naar de uitkomsten van de evaluatie in 2000, de bestaande oplossingen en de best practices, maar ook luisterend naar de praktijk van alledag is in dit project door diverse hulpverleners, patiënten, juristen en andere experts gewerkt aan duidelijke richtlijnen en handvatten. Vanuit een generieke invalshoek is gekeken naar de mogelijkheden en beperkingen die de huidige wet biedt om tegemoet te komen aan de wensen en knelpunten in de dagelijkse praktijk. Gezien de korte tijd voor het project en de grote diversiteit aan hulpverleners, zijn de arts en de verpleegkundige als kernberoepen gekozen zonder daarmee afbreuk te willen doen aan het belang van de vele andere beroepsbeoefenaars in de zorg. Het doel is door de modelmatige benadering de vertaalslag voor elke hulpverlener en voor bijzondere situaties zoveel mogelijk te faciliteren.

Het implementatieprogramma is gericht op drie belangrijke deelthema's uit de WGBO.

1. Informatie en toestemming
2. Dossier en bewaartermijnen
3. Toegang tot patiëntengegevens

Hoofdstuk 1 legt verantwoording af over de opzet van het Implementatieprogramma, de ondernomen activiteiten en de gemaakte keuzen. Ook bevat het een overzicht en een karakterisering van de praktische hulpmiddelen die zijn ontwikkeld. Hoofdstuk 2 bevat het eigenlijke Implementatieplan. In Hoofdstuk 3 is een advies opgenomen over de WGBO in het medisch onderwijs.

De ontwikkelde hulpmiddelen (praktische tips, checklists, modelrichtlijnen, handleidingen, matrices, et cetera) zijn per deelthema in 3 aparte deelrapporten uitgebracht. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming (Utrecht, 2004) bevat de hulpmiddelen op het gebied van het thema 'informatie en toestemming'. In Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen (Utrecht, 2004) treft u de hulpmiddelen aan die gemaakt zijn rond het thema 'dossier en bewaartermijnen'. In Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens (Utrecht, 2004) zijn de hulpmiddelen rond dat thema opgenomen. Deze deelrapporten moeten elk in samenhang met het onderhavige Eindrapport worden gelezen.

Bij het Implementatieprogramma WGBO was een groot aantal mensen en organisaties uit het veld betrokken. Achterin dit boek is een lijst opgenomen van de leden van de Stuurgroep, de Projectgroep, de vier Taakgroepen, de Klankbordgroep, de adviseurs en andere betrokkenen. Wij danken al deze mensen voor de enorme inzet en betrokkenheid die zij de afgelopen anderhalf jaar aan de dag hebben gelegd. Tenslotte komt dank toe aan al die mensen uit de praktijk die belangeloos hun medewerking verleenden aan de inventarisaties, expertmeetings, consultaties en interviews die zijn gehouden. Zonder hen was het niet mogelijk geweest dit programma tot een goed einde te brengen.

Met de ontwikkeling van hulpmiddelen en een plan voor de implementatie hebben de koepels een gezamenlijke start gemaakt. Het is nu aan alle betrokkenen om de daadwerkelijke implementatie tot een succes te maken.

Hans Witmer, huisarts  
projectleider

Mr. Robinetta de Roode  
projectsecretaris

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Verantwoording</b>                        | <b>15</b> |
| 1.1      | Inleiding                                    | 15        |
| 1.2      | De opzet van het Implementatieprogramma WGBO | 16        |
| 1.3      | De gekozen werkwijze                         | 17        |
| 1.4      | Het karakter van de ontwikkelde hulpmiddelen | 18        |
| 1.5      | Functie en doel van de hulpmiddelen          | 19        |
| 1.6      | De juridische status van de hulpmiddelen     | 21        |
| 1.7      | Het wettelijk kader                          | 21        |



**2** **Implementatieplan** **23**

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 2.1   | Inleiding                                     | 23 |
| 2.2   | Analyse                                       | 23 |
| 2.2.1 | Informatie en toestemming                     | 23 |
| 2.2.2 | Dossier en bewaartermijnen                    | 24 |
| 2.2.3 | Toegang tot patiëntengegevens                 | 24 |
| 2.2.4 | Kansen en belemmeringen voor de implementatie | 25 |
| 2.3   | Producten en doelgroepen                      | 28 |
| 2.3.1 | Producten                                     | 28 |
| 2.3.2 | Doelgroepen                                   | 29 |
| 2.4   | Implementatie                                 | 30 |
| 2.5   | Aanbevelingen voor de implementatie           | 32 |
| 2.6   | Overdracht                                    | 37 |
| 2.6.1 | Het testen van de producten                   | 37 |
| 2.6.2 | Nazorg en evaluatie                           | 37 |



|                 |   |           |
|-----------------|---|-----------|
| <b>3</b>        | <b>Medisch onderwijs</b>  | <b>39</b> |
| 3.1             | Inleiding   | 39        |
| 3.2             | Kennis, vaardigheden en professioneel gedrag  | 40        |
| 3.2.1           | Het belang van communicatie   | 40        |
| 3.2.2           | De vertaalslag naar de praktijk   | 42        |
| 3.2.3           | Professioneel gedrag  | 42        |
| 3.3             | Onderwijskundige aspecten   | 42        |
| 3.3.1           | BaMa-structuur  | 43        |
| 3.3.2           | Bij- en nascholing  | 44        |
| 3.4             | Adviezen  | 44        |
| 3.4.1           | Algemene adviezen   | 44        |
| 3.4.1.1         | Onderwijscontinuüm  | 44        |
| 3.4.1.2         | Toetsing en evaluatie   | 45        |
| 3.4.1.3         | Trainen op feedback   | 46        |
| 3.4.2           | Adviezen over de initiële opleiding   | 46        |
| 3.4.2.1         | Aanvullen Raamplan 2001   | 47        |
| 3.4.2.2         | Leermiddelen  | 47        |
| 3.4.3           | Adviezen over de vervolgopleiding en<br>de bij- en nascholing                                 | 48        |
| 3.4.3.1         | Aanpassen eindtermen  | 48        |
| 3.4.3.2         | Rol van de opleider   | 49        |
| 3.4.3.3         | Geaccrediteerde bij- en nascholing  | 50        |
| <i>Bijlagen</i> |   |           |
| 1               | <i>Lijst met leden Stuurgroep, Projectgroep, Taakgroepen,<br/>Klankbordgroep en adviseurs</i> | 51        |
| 2               | <i>Lijst met gebruikte afkortingen</i>  | 55        |
| 3               | <i>Wettekst Wet op de geneeskundige<br/>behandelingsovereenkomst (WGBO)</i>                   | 57        |

In dit rapport wordt gemakshalve de mannelijke vorm gebruikt.

Overal waar 'hij' en 'hem' staat, kan echter ook 'hij/zij' en 'hem/haar' worden gelezen.





# Samenvatting

In dit rapport worden aanbevelingen gedaan om de toepassing van de WGBO in de praktijk te verbeteren en te vergemakkelijken. Uit de evaluatie van de WGBO bleek dat hulpverleners moeite hebben om de vertaalslag te maken van de wettelijke bepalingen naar de praktijk. En ook patiënten weten lang niet altijd welke rechten zij hebben. Oplossingen hiervoor liggen enerzijds in scholing en voorlichting om de kennis over en de vaardigheden bij het toepassen van de WGBO-bepalingen bij hulpverleners te vergroten. Anderzijds zijn er producten ontwikkeld - praktische hulpmiddelen en modelrichtlijnen - om de wettelijke normen te verduidelijken. Het is belangrijk dat betrokkenen die producten daadwerkelijk actief zullen gaan gebruiken en toepassen. Daarom moeten hulpverleners en patiënten niet alleen beter geïnformeerd zijn over de WGBO; zij moeten ook gemotiveerd worden om in de praktijk beter met de WGBO om te gaan.

In dit plan vindt u diverse implementatiestrategieën om deze doelen te kunnen bereiken. De instrumenten liggen zowel op het gebied van de opleiding en voorlichting aan hulpverleners en patiënten, als op het niveau van implementatie in meer algemene zin. Pijlers hierbij zijn kennisoverdracht, het creëren van draagvlak, het beïnvloeden van houding en gedrag van hulpverleners en patiënten én de mogelijkheden die de organisatorische context en kansrijke ontwikkelingen bieden.

Hoofdstuk 1 van dit rapport legt verantwoording af over de opzet van het Implementatieprogramma, de ondernomen activiteiten en de ontwikkelde hulpmiddelen voor de praktijk. Hoofdstuk 2 bevat het Implementatieplan. Hierin staan de aanbevolen strategieën voor de implementatie van de ontwikkelde producten. In Hoofdstuk 3 wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de plaats van de WGBO in het medisch onderwijs.

De implementatiestrategieën kunnen gericht zijn op individuen, organisaties en/of op de structuur van de gezondheidszorg. Gebleken is dat een combinatie van interventies de kans op succesvolle invoering vergroot. Uitgesplitst naar doelgroepen, worden de volgende implementatiestrategieën geadviseerd<sup>1</sup>:

## *Doelgroep A: gebruikers*

### *A.1 Patiënten*

‘Empoweren’ van de patiënt is een belangrijk instrument ter verbetering van de toepassing van de WGBO in de praktijk. Door patiënten te ‘versterken’ en mondig(er) te maken, fungeren zij als ‘middel’ om de hulpverlener te mobiliseren. Dit kan onder andere door:

- Versterking van de medezeggenschap door cliëntenraden;
- Het intensiveren van voorlichting over patiëntenrechten, onder andere in samenwerking met patiëntenverenigingen;

---

<sup>1</sup> De genoemde strategieën worden uitgebreider beschreven en toegelicht in § 2.5.

- Het inbedden van diverse aspecten in bepaalde zorgprocessen, onder andere in samenwerking met coördinatoren patiëntenvoorlichting. Een voorbeeld is het toetsen van het gebruik van de hulpmiddelen voor patiënten via onderzoek naar de tevredenheid van patiënten, het anders organiseren van patiëntenvoorlichting of het inbedden van het gebruik van de hulpmiddelen gericht op patiënten in bestaande procedures.

### ***A.2 Artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners***

Bij individueel gerichte strategieën gaat het zowel om het geven van voorlichting als om strategieën gericht op het onderwijs. Bij organisatorisch gerichte strategieën ligt de nadruk op het inbedden van diverse aspecten in bepaalde zorgprocessen, zoals functiedifferentiatie, het inbedden van voorlichting over (de bepalingen van) de WGBO in bestaande overlegstructuren, het invoeren van WGBO-aspecten in kwaliteitsprogramma's of het invoeren van prestatie-indicatoren. In structurele zin is het advies om bepaalde WGBO-aspecten zoals de informatievoorziening, op te nemen in de DBC's en om onderwijsvernieuwingen door te voeren.

### ***A.3 Medisch administrateurs/archiefmedewerkers***

Bij individueel gerichte strategieën gaat het zowel om het geven van voorlichting als om het geven van trainingen. Bij de organisatorisch gerichte strategieën gaat het vooral om het inbedden van de hulpmiddelen in bestaande werkafspraken en werkprocessen.

### ***Doelgroep B: beslissers en invoerders***

Beslissers zijn degenen die beslissingsbevoegdheid hebben over het al dan niet gebruiken van de producten. Onder invoerders verstaan we de groep die er voor verantwoordelijk is dat het product ingevoerd gaat worden, de groep die na het Implementatieprogramma 'het stokje overneemt'. Bepaalde doelgroepen zijn in sommige gevallen beslissers, maar vervolgens ook invoerders.

### ***B.1 Beslissers: overheid (ministerie VWS), management van zorginstellingen en van afdelingen van die zorginstellingen, medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, KNMG-Colleges***

Bij individueel gerichte strategieën gaat het vooral om het creëren van draagvlak en het (persoonlijk) onder de aandacht brengen van de uitkomsten van het Implementatieprogramma. Bij de organisatorisch gerichte strategieën geldt dat de beslissers (management) verantwoordelijk zijn voor de randvoorwaarden voor een geslaagde invoering van het Implementatieprogramma WGBO. Belangrijke hulpmiddelen hiervoor zijn het integreren van de WGBO-eisen in het kwaliteitsbeleid en deze meenemen in de 'basisset prestatie-indicatoren', bijvoorbeeld onder de noemer patiënttevredenheid. Ook de genoemde organisatorische aanpassing voor de doelgroep 'gebruikers' maakt hiervan deel uit. Het management c.q. de afdelingsleiding moet de strategieën dragen: zij vervullen een sleutelpositie bij het ontwikkelen en bewaken van werkafspraken over dit thema. De mate waarin de leiding de werkvloer weet te stimuleren en een voorbeeldfunctie vervult, is van cruciaal belang. Bij strategieën gericht op de structuur van de gezondheidszorg is ook voor deze doelgroep van belang dat WGBO-aspecten worden meegenomen in de DBC's. Ook is van belang dat deze doelgroep gemotiveerd wordt om onderwijsvernieuwingen door te voeren.

***B.2 Invoeders: Arcares, Verbond van Verzekeraars, DMW/VSNU, GGZ-Nederland, KNMG, KNMG-Colleges, AVVV, LHV, NPCF, NVZ, OMS, VGN, VPV, wetenschappelijke verenigingen, ZN***

Ook voor deze doelgroep is van belang dat draagvlak ontstaat om verdere uitwerking te geven aan de implementatie. De uitkomsten van het Implementatieprogramma moeten daarom ook bij hen zo goed mogelijk onder de aandacht worden gebracht. Zij zullen de in dit plan genoemde strategieën daadwerkelijk moeten gaan uitwerken en uitvoeren en/of de randvoorwaarden daarvoor creëren.

Om het totale implementatieproces in goede banen te leiden, luidt tenslotte het dringende advies om een vervolgproject met een duidelijke coördinerende en faciliterende taak op te zetten. Invoering van de ontwikkelde producten kan dan systematisch plaatsvinden. Hiervoor is begeleiding, coördinatie, kennis, tijd en geld noodzakelijk.

### **De WGBO in het medisch onderwijs**

In dit rapport wordt in het bijzonder ingegaan op de manier waarop het medisch onderwijs (initiële opleiding tot basisarts, vervolgoopleidingen en bij- en nascholing) het beste kan inspelen op de eisen die de WGBO vandaag de dag aan artsen stelt. Gefocust is primair op het verbeteren van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag van artsen, nodig om in de praktijk met de WGBO te kunnen omgaan. Er blijkt behoefte aan een duidelijk eisenpakket voor de medische opleidingen als het gaat om het bijbrengen van de kennis, kunde en attitude die artsen nodig hebben om in de praktijk met gezondheidswetten zoals de WGBO te kunnen werken. De adviezen betreffen de planning van WGBO-gerelateerd onderwijs (in welke fase is welk type onderwijs het meest opportuun?), de vorm van het onderwijs (kennisoverdracht en/of vaardigheidstrainingen) en de actoren (wie moet actie ondernemen voor implementatie?). Uit haalbaarheidsoverwegingen is dit advies beperkt tot het onderwijs aan (aankomend) artsen, zowel in de initiële artsenopleiding als in de vervolgopleiding en de bij- en nascholing. In een vervolg is het gewenst om ook het onderwijs aan andere hulpverleners onder de loep te nemen. Dit omdat in de praktijk vaak sprake is van multidisciplinair samenwerken en omdat ook andere hulpverleners in het voorlichtingsproces een rol (kunnen) hebben. Dit geldt in het bijzonder voor de verpleegkundige beroepsgroep. Het doen van aanbevelingen over de verpleegkundigenopleidingen ligt, ook gezien de scope van het Implementatieprogramma, daarbij voor de hand.

#### ***Onderwijscontinuüm***

Het thema van de WGBO moet deel uitmaken van het gehele medisch opleidingscontinuüm en als thema geïntegreerd worden in het hele curriculum; daarbij verdient een casuïstische aanpak de voorkeur.

*Actoren: medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties*

#### ***Toetsing en evaluatie***

Toetsing is nog steeds een belangrijk instrument om relevante kennis, vaardigheden en professioneel gedrag te meten, maar heeft een bredere reikwijdte gekregen. De onderwijsdoelen

vormen de basis voor de toetsing, en vervolgens ook voor de inhoud en vorm van het onderwijs, dat aan de toetsing vooraf gaat. Toetsen is niet meer alleen maar examineren, maar ook bijvoorbeeld kwaliteitstoetsing op de werkvloer door visitaties en certificering. In dit kader wordt het volgende geadviseerd:

1. Bij visitatie van de opleiding moet nadrukkelijk worden getoetst hoe de WGBO in het onderwijs is ingebed. Ook de opleiders, die didactisch geschoold moeten worden in het observeren en feedback geven, moeten regelmatig geëvalueerd worden. De visitaties van de vervolgoledingen moeten meer op de inhoud en de vorm van het onderwijs worden gericht alsmede op de kwaliteit van de opleiders.
2. Daarnaast moeten de WGBO-aspecten tijdens de beroepsuitoefening een duidelijke plaats krijgen tijdens visitatie van beroepsbeoefenaren binnen instellingen.

*Actoren: VSNU, wetenschappelijke verenigingen, management van instellingen, branche- en beroepsorganisaties*

### ***Trainen op feedback***

Bij het trainen van gespreks- c.q. communicatievaardigheden moet er meer aandacht zijn voor het (leren) geven van gestructureerde uitleg en het (leren) vragen van feedback aan patiënten.

*Actoren: trainers, opleiders*

### ***De initiële artsenopleiding***

De basis voor de kennis van de WGBO en het omgaan met de verplichtingen die de WGBO de arts oplegt, moet gelegd worden in de initiële opleiding tot basisarts. Daartoe moet in de initiële opleiding:

- de basiskennis van de wet op thematische wijze worden overgebracht;
- de toepassing van de wet in praktijksituaties worden geoefend: via cases, via andere vormen van praktijkgericht onderwijs en via interactieve programma's;
- het thema WGBO worden geïntegreerd in bepaalde klinische vakken, zoals oncologie of cardiologie, zodat dit thema door de jaren heen steeds terugkomt;
- gespreks- c.q. communicatievaardigheden worden getraind.

*Actoren: medische faculteiten*

*Gereed per: 2005*

### ***Aanvullen Raamplan 2001***

In het rapport 'De Arts van Straks' wordt geadviseerd het Raamplan 2001 aan te vullen. Dit vanwege de veranderende zorgvraag en andere maatschappelijke veranderingen. In dit advies wordt daarop aangesloten en bepleit om explicietere doelstellingen te formuleren voor het WGBO-onderwijs in de initiële opleiding en deze doelstellingen op te nemen in het Raamplan.

*Actoren: VSNU/DMW, medische faculteiten, beroepsorganisaties*

*Gereed per: 2005*

### ***Leermiddelen***

Het advies is om leermiddelen en -methodes te screenen op hun relevantie voor de kennis en toepassing van de wetgeving op het gebied van gezondheidszorg en op het aanleren van benodigde vaardigheden.

*Actoren: medische faculteiten, beroepsorganisaties*

### ***De vervolgopleidingen en de bij- en nascholing***

Geadviseerd wordt ook om in de vervolgopleiding veel praktijkgericht onderwijs te geven. Arts-assistenten hebben dan inmiddels de nodige praktijkervaring opgedaan en zijn wellicht ook reeds geconfronteerd met klachten. Hierop kan goed worden ingespeeld door cursussen als 'effectieve consultvoering' en 'het omgaan met of vermijden van klachten'.

*Actoren: opleiders, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties*

### ***Aanpassen eindtermen***

Het Centraal College van Medische Specialismen (CCMS) heeft een samenhangend stelsel van eindtermen voor de medisch-specialistische opleidingen ontwikkeld, dat zal leiden tot een nieuw systeem van beoordeling en toetsing. De eindtermen zijn geformuleerd als het gedrag dat van de deskundig medisch specialist verwacht mag worden.

WGBO-gebonden vaardigheden moeten - zowel voor de vervolgopleiding als voor de bij- en nascholing - deel uitmaken van de eindtermen die door de KNMG-Colleges zijn ontwikkeld als bijlage bij het Kaderbesluit. Het is de taak van de KNMG-Colleges om - in overleg met de wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten (DMW/VSNU) - hieraan verder uitwerking te geven. Het vaststellen van de eindtermen zal in belangrijke mate de inhoud en vorm van het onderwijs beïnvloeden.

*Actoren: KNMG-Colleges, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties, DMW/VSNU*

*Gereed per: 2004*

### ***De rol van de opleider***

Opleiders moeten uitgebreid worden getraind in rollenspellen, (video)interviews en coachingsmethoden om aankomend artsen beter te kunnen begeleiden en op te leiden (*train the trainer*). Daarnaast moet in de opleiding van de opleiders meer nadruk liggen op intercollegiale toetsing, coaching/interviews en het creëren van rolmodellen.

*Actoren: KNMG-Colleges (opleidingseisen) in samenwerking met medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, brancheorganisaties, beroepsorganisaties*

*Gereed per: 2007*

### ***Geaccrediteerde bij- en nascholing***

Een professionele arts leert levenslang. Een gemiddelde praktiserend arts heeft WGBO-geregelde activiteiten echter meestal niet hoog op de prioriteitenlijst staan. De arts ervaart het werken ermee al gauw als tijdrovend (of begint er vanuit dat idee al niet aan). Het is van belang hier rekening mee te houden bij het inrichten van de bij- en nascholing. De inhoud en vorm van de bij- en nascholing moeten aansluiten bij de vragen en problemen die artsen zelf ervaren.

Om bewustwording te vergroten lijkt een combinatie van zowel aandacht voor de juridische

als communicatieve kant effectief. Bij het trainen van communicatievaardigheden is aan te raden die vaardigheden mee te nemen die voor toepassing van de WGBO met name van belang zijn, zoals uitleg geven, ingaan op vragen, actief luisteren, omgaan met emoties, advisering en ondersteuning van de besluitvorming door de patiënt.

Voor de bij- en nascholing adviseren wij WGBO-aspecten onderdeel te laten uitmaken van de algemene geaccrediteerde bij- en nascholing én deze een verplicht karakter te geven. Ook zou er in de bij- en nascholing meer aandacht moeten komen voor intercollegiale toetsing, coaching/intervisie, train de trainer en het creëren van rolmodellen.

*Actoren: trainers, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen*

# 1 Verantwoording

## 1.1 Inleiding

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is sinds april 1995 in werking. Het doel van deze wet is de rechtspositie van de patiënt te versterken, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor zijn handelen als goed hulpverlener. De WGBO vormt het juridisch kader voor de (contractuele) relatie tussen een hulpverlener en de patiënt. De belangrijkste rechten die de patiënt in zijn relatie met een hulpverlener heeft, zijn in de WGBO vastgelegd.

In dit rapport wordt verslag gedaan van het Implementatieprogramma WGBO 'Van wet naar praktijk, fase 1', een programma dat op verzoek van het ministerie van VWS in de periode december 2002 – juni 2004 is uitgevoerd. Het programma vloeit voort uit de evaluatie van de WGBO in 2000.<sup>2</sup> Uit die evaluatie bleek weliswaar dat artsen de wet behoorlijk naleven en dat hun kennis over de wet over het algemeen redelijk is, maar dat zich problemen voordoen bij de implementatie van de wet in specifieke situaties in de praktijk. Deze problemen worden voor een deel veroorzaakt door enkele specifieke kennislacunes, soms door een gebrek aan vaardigheden bij hulpverleners, maar vooral door het algemene karakter van de normen in de wet. Hulpverleners vinden het moeilijk een vertaalslag te maken van de wettelijke bepalingen naar de praktijk. De algemene aanbeveling uit het rapport luidt dat dit moet worden opgelost door een pakket gerichte en samenhangende maatregelen te treffen. Dit pakket moet enerzijds bestaan uit scholing en voorlichting over de WGBO om de kennis over en de vaardigheden bij het toepassen van de WGBO-bepalingen bij hulpverleners te vergroten. Anderzijds moeten er praktische hulpmiddelen en richtlijnen worden ontwikkeld waarin de wettelijke normen worden verduidelijkt.

In het Implementatieprogramma is een pakket samenhangende maatregelen voorbereid. Onder auspiciën van 7 koepelorganisaties van hulpverleners en patiënten (KNMG, Arcares, GGZ Nederland, LEVV, NPCE, NVZ en VGN) en gecoördineerd door de KNMG is in projectvorm gewerkt aan een plan om de toepassing van de WGBO in de praktijk te verbeteren. Het Implementatieprogramma richt zich op 3 belangrijke thema's uit de WGBO:

1. Informatie en toestemming
2. Dossier en bewaartermijnen
3. Toegang tot patiëntengegevens.

Dit rapport bevat een verantwoording over de opzet van het Implementatieprogramma en de gemaakte keuzes (Hoofdstuk 1), een algemeen plan voor de verbetering van de toepassing van de wet en de implementatie van de hulpmiddelen die in het program-

<sup>2</sup> ZorgOnderzoek Nederland, *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*, Den Haag, september 2000.



## Wettelijke normen verduidelijken

gramma zijn ontwikkeld (Hoofdstuk 2) en een advies over het medisch onderwijs (Hoofdstuk 3). Deze hulpmiddelen (praktische tips, checklists, modelrichtlijnen, handleidingen, matrices, een pakket van eisen aan voorlichting en informatievoorziening over de omgang met patiëntengegevens binnen de zorg en enkele stroomdiagrammen) zijn opgenomen in de delen 2 tot en met 4 van dit rapport. Deel 2 behelst het deelthema 'Informatie en toestemming'. Deel 3 brengt verslag uit van de resultaten rond het deelthema 'Dossier en bewaartermijnen'. In Deel 4 worden de resultaten van het deelthema 'Toegang tot patiëntengegevens' gepresenteerd. Deze deelrapportages moeten in samenhang met het onderhavige rapport worden gelezen.

### 1.2 De opzet van het Implementatieprogramma WGBO

Gekozen werd voor een opzet waarbij onderscheid werd gemaakt tussen:

1. Een Stuurgroep, bestaande uit in totaal 8 leden: 1 lid namens elk van de 7 opdrachtgevende organisaties en 1 lid afkomstig uit de kringen van de GGZ-cliënten. De Stuurgroep droeg namens deze organisaties de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor het project en heeft als zodanig ook de eindresultaten vastgesteld. Het ministerie van VWS participeerde in de Stuurgroep als waarnemer. De voorzitter van de Stuurgroep werd voorgedragen door de NPCF.
2. Een Klankbordgroep die gevraagd en ongevraagd advies uitbracht aan de projectgroep over inrichting en concepteindresultaten van het project.
3. De projectleiding gevormd door een externe projectleider, die tevens eindverantwoordelijk was voor het realiseren van de projectdoelstellingen, en een projectsecretaris vanuit de KNMG.
4. Een Projectgroep onder leiding van de projectleider gevormd door de projectsecretaris, de voorzitters en de secretarissen van de 4 taakgroepen.
5. Vier Taakgroepen die ieder bestonden uit ongeveer 10 personen. Bij de samenstelling van de Taakgroepen is gezocht naar beroepsbeoefenaren en experts met specifieke kennis en praktijkervaring. Naast juristen, implementatie- en communicatiedeskundigen, maakten praktiserende artsen, verpleegkundigen, medisch administrateurs, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en een medewerker van een schadeverzekeraar gespecialiseerd in de gezondheidszorg deel uit van de taakgroepen. De voorzitter van elke Taakgroep rapporteerde in de Projectgroep. De opdracht van 3 Taakgroepen was de uitwerking van een van de 3 thema's uit het programma. De 4e Taakgroep kreeg de opdracht de scholing, voorlichting en implementatie uit te werken.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Voor de samenstelling van Stuurgroep, Klankbordgroep, Projectgroep en Taakgroepen zie Bijlage 1.



### 1.3 De gekozen werkwijze

Om het Implementatieplan en de hulpmiddelen goed te laten aansluiten bij de praktijk, moest allereerst meer inzicht worden verkregen in de wijze waarop de wet in de praktijk wordt uitgelegd en toegepast. Daartoe bestudeerden de Taakgroepen relevante literatuur, jurisprudentie en verwante wet- en regelgeving. Verder is gebruik gemaakt van de volgende informatiebronnen. Allereerst uiteraard het evaluatierapport.<sup>4</sup> Daarnaast is geput uit de kennis en praktijkervaring van de leden van de 4 Taakgroepen. Ter voorbereiding op het advies over het medisch onderwijs werd een brainstormbijeenkomst georganiseerd met een aantal onderwijsdeskundigen. Om rekening te houden met in de praktijk reeds ontwikkelde activiteiten (projecten en hulpmiddelen) is een aantal inventarisaties gehouden. De hulpmiddelen op het gebied van Informatie en Toestemming en Dossier en Bewaartermijnen zijn geïnventariseerd. Daarvoor zijn 30 ziekenhuizen benaderd.<sup>5</sup> In vier van deze ziekenhuizen zijn vervolgens verdiepende interviews gehouden.

De medisch wetenschappelijke verenigingen is gevraagd hulpmiddelen op het gebied van Informatie en toestemming en/of Dossier en bewaartermijnen op te sturen.<sup>6</sup>

Naast deze inventarisaties maakten de Taakgroepen gebruik van gegevens over veel gestelde vragen die MediRisk en de Artseninfolijn van de KNMG aan het programma ter beschikking stelden. Ook is gezocht naar zogenaamde 'best practices'. Er is een consultatie gehouden onder de leden van 6 platforms van de NPCF. De KNMG leverde extra input door in november 2003 haar 10de ledenpanel te wijden aan de implementatie van de WGBO.<sup>7</sup> Voor het onderdeel Toegang tot Patiëntgegevens is gebruik gemaakt van de resultaten van de onderzoeken van respectievelijk NPCF en KNMG naar de wensen en ervaringen van patiënten en artsen op het gebied van autorisatie en toegang tot patiëntgegevens.<sup>8</sup>

Op basis van al deze informatie werden vervolgens de concepthulpmiddelen en een concept voor het implementatieplan ontwikkeld. Deze concepten werden tijdens een Halfwegconferentie aan het veld gepresenteerd.<sup>9</sup> De deelnemers aan de conferentie leverden commentaar

<sup>4</sup> Daarbij moet worden opgemerkt dat de regels over het dossier en de bewaartermijn in het evaluatierapport niet als apart thema aan de orde zijn geweest.

<sup>5</sup> De inventarisatie betrof een steekproef onder 30 algemene ziekenhuizen. Aan de coördinator patiëntenvoorlichting werd een semi-gestructureerde vragenlijst gestuurd. Aangeschreven werd een aantal van de ziekenhuizen die destijds hadden meegewerkt aan een inventarisatie van Arends: KNMG-project 'Informed Consent', L.A.P. Arends, *Checklists en protocollen informed consent: de stand van zaken in de ziekenhuispraktijk*, KNMG december 1995, aangevuld met een aantal ziekenhuizen waarvan bekend was dat zij actief beleid hadden ontwikkeld.

<sup>6</sup> Samenvattingen van deze inventarisaties zijn te vinden op: [www.knmg.nl/wgbo](http://www.knmg.nl/wgbo)

<sup>7</sup> R.de Roode, J.M. Witmer en L. Wigtersma, 'Een moeilijke wet. Artsen over de implementatie van de WGBO', MC 2003, nr, 46, p. 1779-1781.

<sup>8</sup> G.Hoeks. en A. Nijhuis, *Autorisatie EPD en patiëntenperspectief*, Utrecht: NPCF, januari 2004; P.L. Ragetlie, L.F. Markestein, W.J. Meijer, *Eindrapportage Onderzoek naar wensen en ervaringen van artsen op het gebied van autorisatie voor toegang tot en gebruik van patiëntgegevens*, Utrecht: KNMG, januari 2004.

<sup>9</sup> Zie voor een verslag van de Halfwegconferentie: *Keep it simple*, MC 2003, nr. 50, p. 1964-1965.

en deden nuttige suggesties ter verbetering. De concepten werden vervolgens ter validering voorgelegd aan een aantal onafhankelijk adviseurs en aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP). Ook de Klankbordgroep bracht advies over de concepten uit. Tenslotte is een aantal concepthulpmiddelen en het advies over het medisch onderwijs voorgelegd aan alle wetenschappelijke verenigingen. Hen is gevraagd wat zij vonden van inhoud, vorm en bruikbaarheid van deze hulpmiddelen en welke rol zij voor zichzelf zien weggelegd bij de implementatie. Al deze reacties werden zo goed mogelijk verwerkt in het Implementatieplan en de hulpmiddelen voor de praktijk.

#### 1.4 Het karakter van de hulpmiddelen

De hulpmiddelen die in het programma zijn ontwikkeld zijn generiek van aard; Op twee na, te weten de ‘Handleiding voor artsen over informatie en toestemming’ en de ‘Handleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden over informatie en toestemming’<sup>10</sup>. Met ‘generiek’ wordt bedoeld dat elke hulpverlener die te maken heeft met de WGBO de hulpmiddelen in potentie kan gebruiken. In de betekenis van de WGBO is ‘de hulpverlener’ de zorginstelling waarmee de patiënt een behandelingsovereenkomst afsluit en de individuele beroepsbeoefenaar.<sup>11</sup> De plichten die de wet de hulpverlener oplegt, worden voor een groot deel echter nagekomen door individuele hulpverleners. Sommige hulpmiddelen uit het programma zijn uitdrukkelijk gericht op de zorginstelling als geheel. De meeste zijn echter geschreven voor individuele hulpverleners. Bij de totstandkoming hebben twee beroepsbeoefenaren model gestaan: de curatief werkzame arts en de verpleegkundige. Zij kunnen immers als kernberoepsbeoefenaren worden aangemerkt. Voor hen zijn de hulpmiddelen direct toepasbaar. Voor andere beroepsbeoefenaren kunnen de hulpmiddelen desgewenst worden aangepast aan de specifieke eisen en kenmerken van hun beroepspraktijk.

De hulpmiddelen zijn ook in die zin generiek, dat zij niet zijn uitgewerkt tot op het niveau van ziektebeelden, behandelmethoden of zorgtrajecten. Zij kunnen wel dienen als *basis* voor dat soort hulpmiddelen. Zo zou de ‘Checklist voor hulpverleners over informatie en toestemming’<sup>12</sup> kunnen dienen als ‘checklist voor een checklist’ over informatie en toestemming in het behandeltraject mammacarcinoom. Dergelijke meer gedetailleerde checklists worden in

---

<sup>10</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlagen 5 en 6.

<sup>11</sup> Als een patiënt in een ziekenhuis behandeld wordt door een aldaar werkzame, vrijgevestigde specialist, komen er dan ook twee behandelingsovereenkomsten tot stand: één met de instelling en één met de specialist.

<sup>12</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlage 3.

de praktijk wel ontwikkeld.<sup>13</sup> De hulpmiddelen die in dit programma zijn ontwikkeld zijn modellen waarin de normen uit de WGBO worden verduidelijkt, zonder daarbij te specificeren naar ziektebeelden, lokale, sectorale of beroepsgroep-specifieke omstandigheden. Daarmee wordt bewerkstelligd dat zij kunnen dienen als basis/model voor beroepsgroep-specifieke en/of lokale aanpassingen.

## 1.5 Functie en doel van de hulpmiddelen

In het programma is een groot aantal hulpmiddelen ontwikkeld. De functie en het doel van deze hulpmiddelen verschillen. Zo zijn op het gebied van Informatie en toestemming (aparte) hulpmiddelen voor de patiënt én voor hulpverleners gemaakt. De hulpmiddelen voor de patiënt zijn vooral bedoeld als (basis voor) voorlichtingsmateriaal, als steun voor de patiënt bij het voeren van gesprekken met een arts.

De hulpmiddelen voor de hulpverlener vervullen verschillende functies. Zo is een 'Checklist voor hulpverleners over informatie en toestemming'<sup>14</sup> gemaakt die vooral bedoeld is als geheugensteun, als overzicht van wat de hulpverlener gedurende een behandeltraject op grond van de WGBO op daarvoor geëigende momenten aan de patiënt moet vertellen en waarover hij hem om toestemming moet vragen. Daarnaast bevat de checklist een aantal optionele onderdelen, aspecten waarover de hulpverlener de patiënt kán informeren als de omstandigheden daartoe aanleiding geven.

Verder zijn voor hulpverleners vier modelrichtlijnen ontwikkeld. Drie over Informatie en toestemming, waaronder één algemeen model en twee voor bijzondere situaties (als de patiënt minderjarig of wilsonbekwaam is)<sup>15</sup> en één over de Toegang tot patiëntengegevens<sup>16</sup>.



**Basis om  
mee te  
werken**

<sup>13</sup> Als voorbeeld kan genoemd worden de methode 2 en 3 gesprek van de NPCF. Volgens deze methode stellen zorg aanbieders, patiënten en (soms) verzekeraars, met ondersteuning van de NPCF, een drieluik van communicatie-hulpmiddelen samen:

1. een communicatieadvies voor zorgaanbieders dat een hulpmiddel is om gesprekken met patiënten te structureren en te documenteren en deel uitmaakt van de medische status. Nadat de patiënt over desbetreffend onderwerp is geïnformeerd wordt dit aangekruist op het communicatieadvies.
2. Een aandachtspuntenlijst voor patiënten; dit is een hulpmiddel ter voorbereiding van de patiënt op de gesprekken met de hulpverlener. De lijst bevat punten die aan de orde komen tijdens een gesprek. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de informatie die de patiënt de arts kan verstrekken en kunnen specifieke vragen van de patiënt worden genoteerd. De lijst kan een onderdeel zijn van het Patiënten Informatie Dossier.
3. Voorlichtingsbrochures voor patiënten. Voor een tiental ziektebeelden en aandoeningen is een dergelijk drieluik van communicatiehulpmiddelen inmiddels ontwikkeld.

<sup>14</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlage 3.

<sup>15</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, respectievelijk Bijlage 4, 7 en 8.

<sup>16</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens*, Utrecht, 2004, Bijlage 1.



**Doeltreffend en  
doelmatig handelen  
stimuleren**

Deze modelrichtlijnen verduidelijken de juridische ‘bandbreedte’ die elke hulpverlener bij het geven van informatie en het vragen van toestemming aan de patiënt respectievelijk het uitwisselen van gegevens met andere zorgverleners heeft. Daarnaast bevatten de modellen adviezen over de toepassing van deze normen in veel voorkomende situaties in de praktijk. In de teksten wordt nader invulling gegeven aan de globale normen uit de WGBO zoals ‘goed hulpverlenerschap’, ‘redelijkheid’, ‘wilsonbekwaamheid’, ‘(veronderstelde) toestemming’, ‘noodzakelijkheid’ en ‘rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokkene’. Zij beogen daarmee duidelijkheid te bevorderen, onzekerheden weg te nemen en doeltreffend en doelmatig handelen te stimuleren. Op die manier dragen zij bij aan een goede werking van de WGBO en aan de kwaliteit van de zorg.

De modellen kunnen in principe zo worden overgenomen. Ook kunnen zij dienen als basis voor op specifieke beroepsgroepen en/of sectoren uit te werken varianten. De modellen zijn alle voorzien van een toelichting, waarin nader uitleg wordt gegeven.

Voor hulpverleners is een ‘Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid’<sup>17</sup> gemaakt. Hierin worden de hulpverlener handvatten geboden voor een zorgvuldige besluitvorming over de wilsonbekwaamheid van een patiënt.

Ook zijn er handleidingen gemaakt: één voor artsen en één voor verpleegkundigen en verzorgenden<sup>18</sup>. Dit zijn producten die van de modelrichtlijnen, meer in het bijzonder van het algemene model, zijn afgeleid en specifiek gericht zijn op de praktijk van deze beide beroepsbeoefenaren. Zij zijn bedoeld als achtergrondinformatie en hebben primair het communicatieproces tussen beroepsbeoefenaar en patiënt als onderwerp. Daarnaast zijn ze ook te gebruiken in het onderwijs en de bij- en nascholing.

Voor hulpverleners zijn op de deelthema’s ‘Dossier en bewaartermijnen’ en ‘Toegang tot patiëntengegevens’ twee matrices gemaakt. Beide vervullen zij de functie van voorbeeld. De ‘Voorbeeldmatrix voor bewaring van dossiers’<sup>19</sup> is een grafische weergave van typen gegevens die in aanmerking komen om langer bewaard te worden dan 10 jaar. De ‘Voorbeeldmatrix Toegang tot patiëntengegevens’<sup>20</sup> geeft weer welke bevoegdheden welke functionarissen hebben om patiëntengegevens te raadplegen en/of te muteren. Zorginstellingen en/of wetenschappelijke verenigingen kunnen de voorbeeldmatrices verder invullen en aanpassen aan beroepsgroepspecifieke en/of lokale omstandigheden.

Tenslotte is op beide deelterreinen gezamenlijk een ‘Pakket van eisen patiëntenvoorlichting en informatievoorziening. Aandachtspunten voor het informeren van patiënten over de

---

<sup>17</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlage 9.

<sup>18</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlagen 5 en 6.

<sup>19</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen*, Utrecht, 2004, Bijlage 1.

<sup>20</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens*, Utrecht, 2004, Bijlage 2.

omgang met patiëntengegevens binnen de zorg<sup>21</sup> ontwikkeld. Dit pakket is bedoeld als hulpmiddel voor zorginstellingen en individuele hulpverleners voor het ontwikkelen van voorlichtingsbeleid en –materiaal om patiënten te informeren over de manier waarop er binnen de zorg met zijn gegevens wordt omgegaan.

## 1.6 De juridische status van de hulpmiddelen

Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling geweest om in het Implementatieprogramma nieuwe regels te maken. Hoofddoel was het verduidelijken van bestaande wettelijke normen en het vergemakkelijken van de toepassing daarvan in de praktijk. Dat neemt niet weg dat sommige hulpmiddelen uit het programma (met name de Modelrichtlijnen en het Pakket van eisen) ook een eigen normatief karakter hebben, doordat zij globale wettelijke regels nader invullen. Die onderdelen van de hulpmiddelen hebben echter geen directe rechtskracht zoals een wettelijke norm, maar wel een indirecte rechtskracht.<sup>22</sup> Zij weerspiegelen hetgeen de in het programma samenwerkende koepels gezamenlijk beschouwen als een redelijke c.q. wenselijke interpretatie en uitwerking van de WGBO. Daarbij past de volgende kanttekening. Als de concrete situatie dat vereist, kunnen hulpverleners van de Modelrichtlijnen afwijken. Soms is dat zelfs vereist. Wanneer dat gebeurt, moet dat worden gemotiveerd en gedocumenteerd. Daarnaast bevatten de hulpmiddelen voornamelijk adviezen over hoe hulpverleners in de praktijk het beste met de WGBO-normen kunnen omgaan.

## 1.7 Het wettelijk kader

Tijdens de ontwikkeling van met name de hulpmiddelen voor het bewaren van en de toegang tot patiëntengegevens, stuitte de taakgroepen zo hier en daar op de grenzen van het huidige wettelijk kader. Een interpretatie die volledig zou aansluiten bij de behoeften en/of mogelijkheden in de huidige praktijk van de gezondheidszorg, zou dermate extensief van karakter moeten zijn dat strijdigheid met (de bedoeling van) de wet zou ontstaan. In de begeleidende rapportages wordt aangegeven waar daarvan sprake was en wordt gewezen op de wenselijkheid van wetswijziging. Het doen van concrete voorstellen daartoe, behoorde echter **niet** tot de opdracht aan het Implementatieprogramma. In de uiteindelijke hulpmiddelen is dus uitgegaan van het huidige wettelijke kader en zijn interpretaties neergelegd die naar de mening van het samenwerkingsverband de grenzen daarvan niet overschrijden.

---

<sup>21</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen*, Utrecht, 2004, Bijlage 2 en : *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens*, Utrecht, 2004, Bijlage 4.

<sup>22</sup> Door Legemaate wel aangeduid als ‘recht van binnen’. J. Legemaate, *Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening*, Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 22 april 1994, Maarssen, 1994.



## 2 Implementatieplan

### 2.1 Inleiding

Het Implementatieplan is als volgt opgebouwd:

- In § 2.2 staat de analyse van de thema's uit het programma beschreven, inclusief de kansen en belemmeringen voor de implementatie;
- In § 2.3 staan de producten en doelgroepen op een rij;
- In § 2.4 staan algemene aandachtspunten voor de implementatie;
- In § 2.5 worden de diverse implementatiestrategieën ten behoeve van de doelgroepen uitgewerkt;
- In § 2.6 staat de overdracht naar veldpartijen beschreven, om de implementatiefase te realiseren.

### 2.2 Analyse

Het Implementatieprogramma WGBO is gericht op drie belangrijke deelthema's uit de wet: Informatie en toestemming, Dossier en bewaartermijnen en Toegang tot patiëntengegevens. Op deze drie deelterreinen zijn hulpmiddelen ontwikkeld om beter om te (kunnen) gaan met de WGBO in de praktijk. In de nu volgende analyse wordt de context beschreven van deze drie thema's en worden kansen en belemmeringen voor de implementatie van deze hulpmiddelen op een rij gezet.



2.  
Implementatie-  
plan

#### 2.2.1 Informatie en toestemming

De hulpverlener heeft op grond van de WGBO de plicht om de patiënt te informeren en zijn toestemming te verkrijgen voor een geneeskundig onderzoek en/of een geneeskundige behandeling. Het niet voldoen aan deze informatieplicht en toestemmingsvereiste kan leiden tot aansprakelijkheid. De informatieplicht en het toestemmingsvereiste zijn echter niet alleen om juridische redenen van belang; informatie en toestemming vragen, draagt immers ook bij aan een goede relatie tussen de hulpverlener en de patiënt. Om het vertrouwen van de patiënt te winnen en te behouden is het belangrijk dat de hulpverlener blij geeft van respect voor de patiënt en diens zelfbeschikingsrecht. Het recht op informatie stelt de patiënt in staat een goed beeld te krijgen van zijn gezondheidstoestand en van de mogelijkheden tot onderzoek en behandeling om op basis daarvan een verantwoorde beslissing te nemen. Daarom is belangrijk dat de patiënt zo veel mogelijk zelf een actieve bijdrage levert aan het proces van informatie en toestemming. De patiënt kan zich van te voren goed laten informeren over zijn rechten en zich voorbereiden op het gesprek met een hulpverlener. Aan de andere kant moet het hulpverleners duidelijk zijn wat er nu precies van hen wordt verwacht bij hun plicht om de patiënt te informeren en toestemming van hem te verkrijgen. Ook moeten zij duidelijk-



Arts-patiënt  
communicatie  
verbeteren

heid hebben over welke specifieke eisen gelden bij het informeren en toestemming verkrijgen van (vertegenwoordigers van) minderjarige en meerderjarige wilsonbekwame patiënten.

### 2.2.2 Dossier en bewaartermijnen

De dossierplicht zoals deze is neergelegd in de wet, roept in het veld veel vragen op die betrekking hebben op de reikwijdte van die plicht. Bijvoorbeeld over de vraag wat een dossier in elk geval moet bevatten. Ook de bewaartermijn roept onduidelijkheid op. Volgens de wet moeten gegevens 10 jaar na vervaardiging in principe worden vernietigd, tenzij goed hulpverlenerschap langere bewaring noodzakelijk maakt. Voor deze vernietigingsplicht is een overgangsregeling getroffen: gegevens die vervaardigd zijn voor de inwerkingtreding van de WGBO mogen tot 1 april 2005 bewaard blijven. Daarna moeten hulpverleners de gegevens in principe vernietigen. Deze bewaartermijn wordt, zowel om zorginhoudelijke als om wetenschappelijke redenen, over het algemeen te kort gevonden. In de praktijk bestaat bovendien dringend behoefte aan duidelijkheid over de vraag wat goed hulpverlenerschap is. In andere woorden: duidelijk moet worden hoe kan worden vastgesteld welke gegevens langer moeten worden bewaard dan 10 jaar en welke niet. Ook moet duidelijk worden op welke manier selectie feitelijk zou kunnen plaatsvinden.



Op 1 april 2004 bracht de Gezondheidsraad een advies uit over de bewaartermijn in de WGBO.<sup>23</sup> Dat advies strekt er - kort samengevat - toe om via wetswijziging ruimte te maken voor substantieel langer bewaren van medische gegevens. Bij het opstellen van de producten uit het Implementatieprogramma WGBO kon geen rekening worden gehouden met de aanbevelingen van de Gezondheidsraad. Ongeacht de lengte van de bewaartermijn, blijft het ontwikkelen van specifieke richtlijnen voor het opslaan en bewaren van gegevens hoe dan ook noodzakelijk.

### 2.2.3 Toegang tot patiëntengegevens

Zorgverleners onderkennen het belang van geheimhouding, maar zien dit minder als een recht van de patiënt dan als kwaliteitselement van de behandeling. Met name het uitwisselen van gegevens binnen de zorg vindt in de praktijk lang niet altijd plaats conform de bedoelingen van de wetgever. Wanneer is iemand een 'rechtstreeks betrokkene' (die in principe zonder toestemming van de patiënt toegang tot diens gegevens heeft) en wanneer een 'ander' (aan wie alleen gegevens mogen worden verstrekt met toestemming van de patiënt)? Daarnaast hebben zorgverleners moeite met het vorm geven van de toestemmingseis uit de WGBO. Wanneer is er sprake van veronderstelde toestemming, expliciete toestemming,

---

<sup>23</sup> Gezondheidsraad. *Bewaartermijn patiëntengegevens*. Den Haag, Gezondheidsraad, 2004, publicatie nr. 2004/08.



schriftelijke toestemming of gerichte toestemming? Een patiënt is vaak ook niet op de hoogte van het feit dat zijn toestemming voor het verstrekken van gegevens wordt verondersteld, tenzij hij daar zelf bezwaar tegen maakt. Bovendien blijkt dat de vertaling naar ontwikkelingen als ICT in de zorg en transmuralisering nog onvoldoende heeft plaatsgevonden. Ook gaan we steeds meer toe naar een systeem van elektronische informatie-uitwisseling in de zorgsector. Het streven is onder andere om verschillende informatiesystemen in de zorg aan elkaar te koppelen, zodat er een zogenoemd Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) ontstaat, dat eventueel door zorgverleners op afstand kan worden geraadpleegd.



**Internet biedt kansen**

Het moet voor zorgverleners duidelijk zijn wat er concreet van hen verwacht wordt bij het omgaan met (elektronische) patiëntengegevens. Daarbij moet voldoende tegemoet gekomen worden aan het belang van toegankelijkheid en beschikbaarheid van die gegevens én aan het privacybelang van de patiënt. Een verdere concretisering van de geldende normen in een richtlijn en andere hulpmiddelen, alsmede door middel van het benutten van technologische mogelijkheden, kan duidelijker sturing geven aan het verlenen van toegang tot patiëntengegevens. Ook patiënten moeten voldoende op de hoogte zijn van de manier waarop er binnen de zorg met hun gegevens wordt omgegaan.

#### **2.2.4 Kansen en belemmeringen voor de implementatie**

Zowel bij hulpverleners, patiënten en hun organisaties als bij het management van zorginstellingen bestaat behoefte aan handvatten om in de praktijk beter om te gaan met de WGBO. Uit het tiende ledenpanel van de KNMG<sup>24</sup> blijkt bijvoorbeeld dat 86% van de artsen behoefte heeft aan hulpmiddelen om de toepassing van de WGBO in de praktijk te vergemakkelijken. Zij hebben vooral behoefte aan schriftelijk voorlichtingsmateriaal en aan voorlichting via internet. Het kan daarbij gaan om hulpmiddelen die antwoord geven op de vraag wanneer is voldaan aan de informatieplicht en het toestemmingsvereiste of om achtergrondinformatie die bijvoorbeeld ook gebruikt kan worden in het onderwijs. Ook producten die de randvoorwaarden beschrijven die de instelling moet creëren om opslag en toegang tot (elektronische) patiëntendossiers te reguleren, kunnen de praktijktoepassing bevorderen.



**2.  
Implementatie-  
plan**

Het internet is als middel ideaal om kennis en informatie voor ieder direct beschikbaar te hebben. Het biedt dan ook een grote kans voor de implementatie van de hulpmiddelen die binnen het programma ontwikkeld zijn. Zij zullen daarom via internet verspreid worden. Op die manier kunnen de verschillende doelgroepen de producten makkelijk ontsluiten en gebruiken, eventueel als basis voor een op de lokale situatie of gebruikersgroep aangepaste

---

<sup>24</sup> Zie: R.P. de Roode, J.M. Witmer, L. Wigtersma: 'Een moeilijke wet. Artsen over de implementatie van de WGBO', MC 2003, nr. 46, p. 1779-1781.

variant. Ook het verspreiden van de hulpmiddelen voor patiënten via internet biedt een kans om het gebruik hiervan te stimuleren.

In algemene zin lijkt de factor tijd een belemmering voor de implementatie. Bij veel hulpverleners bestaat de vrees dat het toepassen van de hulpmiddelen meer tijd gaat kosten en daarmee de werkdruk in de zorg verder opvoert. Het informeren van patiënten wordt vaak ervaren als zeer tijdsintensief, zeker gezien de huidige ervaren werkdruk. Hulpverleners beschouwen dit als hun taak, maar vinden tegelijkertijd dat daarvoor dan meer geld en middelen beschikbaar moeten komen. Daarbij past de volgende kanttekening. De hulpmiddelen leggen geen plichten op die nu nog niet bestaan, zij geven daar alleen invulling aan. Bovendien zijn zij erop gericht de toepassing van de wet te vergemakkelijken. Investeren in het vergroten van kennis, het verbeteren van (communicatieve) vaardigheden en het aanpassen en inbedden van de hulpmiddelen in bestaande werkprocessen, biedt op termijn juist kansen: als hulpverleners beter weten wat er van hen wordt verwacht, als de arts-patiëntcommunicatie verbetert, als duidelijke werkafspraken worden gemaakt bijvoorbeeld over de taakverdeling bij informatie en toestemming, zal dit uiteindelijk kunnen leiden tot tijdsbesparing aan de zijde van de hulpverlener en tot een grotere therapietrouw, tevredenheid en betrokkenheid aan de kant van de patiënt.

Een andere belemmering betreft de mogelijk defensieve houding ten opzichte van juridische regels. Hier staat tegenover dat de hulpmiddelen geen nieuwe regels creëren; zij verduidelijken de bestaande regels. Tegen het automatiseren van patiëntengegevens kan de weerstand tweeledig zijn: enerzijds vanuit de juridische discipline, gesteund vanuit het patiëntenperspectief, die de toegang tot patiëntengegevens graag tevoren zoveel mogelijk wil reguleren, en anderzijds vanuit de medische discipline wanneer de toegang tot patiëntengegevens vooraf te veel zou worden belemmerd. De voordelen hebben vooral hulpverleners (kunnen betere zorg leveren, hoeven zich minder vaak te bekommeren over juridische vragen), patiënten (ontvangen betere zorg, kunnen meer zeggenschap uitoefenen over de toegang tot hun gegevens, worden beter geïnformeerd). De nadelen hebben vooral de zorginstellingen (moeten informatiesystemen laten aanpassen, nieuw voorlichtingsmateriaal ontwikkelen). Tevens zien patiënten ook mogelijke gevaren, bijvoorbeeld wanneer onbevoegden de inhoud van het dossier gebruiken voor andere doeleinden dan waarvoor het dossier bedoeld is.

In veel ziekenhuizen is discussie gaande over de bewaartermijn van dossiers. In sommige ziekenhuizen blokkeren (delen van) medische staven deze discussie omdat zij vinden dat er geen gegevens vernietigd mogen worden of omdat ze landelijke richtlijnen willen afwachten. Tevens is weerstand tegen de invoering met name te verwachten van ziekenhuismanagement, dat zich zal verzetten tegen het langer bewaren van patiëntengegevens. Voor een specifieke groep invoerders bij dit traject, de medisch administrateurs, zal de weerstand vooral liggen bij de werklast. Voordeel voor hen is wel de ruimtewinst die zal ontstaan als dossiers verantwoord kunnen worden geschoond. Het veranderen van de manier van dossiervorming (wat moet er wel en niet in, op welke manier moet het geordend worden?) en het invoeren van criteria voor langer bewaren van dossiers, zullen een aanzienlijke inspanning van de hulpverlener (instelling en individu) vragen. Op termijn levert deze vernieuwing wel veel voordelen

op. Medische informatie wordt meer geordend bewaard en is daardoor gemakkelijker toegankelijk, ook voor anderen. Hulpmiddelen om de voorlichting aan de patiënt over de omgang met zijn gegevens te verbeteren, bieden kansen voor het versterken van de zeggenschap van de patiënt over de toegang tot en het bewaren van zijn (elektronische) gegevens. Kansen en belemmeringen hangen mede af van hetgeen de doelgroep wenselijk vindt. Komen de producten daaraan tegemoet qua vorm, inhoud en afzender? Wordt van hulpverleners verwacht dat ze wezenlijk anders gaan werken? Welke voordelen en nadelen zijn er? Ook moet duidelijk zijn wat de status van de verschillende hulpmiddelen is. Dit zou een afwerende houding kunnen verminderen. Benadrukt moet worden dat de hulpmiddelen aan hulpverleners de kans bieden te weten wat ze moeten doen en geen nieuwe regels opleggen. Ook is van belang te benadrukken dat het om modellen en voorbeelden gaat, die basiselementen bevatten die desgewenst kunnen worden uitgewerkt en toegespitst op lokale, beroepsgroep- en/of sectorspecifieke omstandigheden.

Een belangrijk (financieel) element in de implementatie zal zijn of de informatieverstrekking in de DBC's wordt verwerkt. Dit aspect wordt onder andere ook genoemd in de reacties van enkele wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast zal benadrukt moeten worden dat de informatieverstrekking niet alleen door de arts behoeft te geschieden, maar dat ook anderen daarin taken kunnen vervullen. Daarover moeten – op basis van de hulpmiddelen – op instellingsniveau werkafspraken worden gemaakt. Dit kan veel tijdsbesparing opleveren.

Een belemmering is dat het moeilijk is om hulpverleners en patiënten te bereiken, hen kennis te laten nemen van de hulpmiddelen én ervoor te zorgen dat zij de hulpmiddelen ook daadwerkelijk gebruiken. Om het gebruik van de hulpmiddelen te stimuleren zouden deze opgenomen kunnen worden in het kwaliteitsbeleid en in de visitatiecriteria. Aan de hand van prestatie-indicatoren kan dan getoetst worden of goed met de hulpmiddelen en de WGBO wordt omgegaan. Ook patiëntenorganisaties en patiënteninformatiecentra in ziekenhuizen kunnen hierbij een rol spelen. Bij minderjarige patiënten speelt bijvoorbeeld, dat ouders zich vaak niet realiseren dat er toestemming moet worden gevraagd c.q. gegeven. Wel klaagt deze groep vaak over het gebrek aan informatie. Hulpmiddelen die verduidelijken welke informatie ouders en kind moeten krijgen en hoe die informatie het beste kan worden gegeven, kunnen hierin verbetering brengen. Uit de consultatie die is gehouden onder de platforms van de NPCF, kan geconcludeerd worden dat het gebruik van hulpmiddelen gericht op de patiënt zeker gestimuleerd zal worden als hulpverleners deze automatisch meegeven bij het doorverwijzen of bij het maken van de afspraak op de polikliniek. Ook het toetsen van het gebruik via patiënttevredenheidsonderzoeken, zal artsen en verpleegkundigen stimuleren de hulpmiddelen te gebruiken. Zeker wanneer zij als feedback krijgen dat patiënten het gebruik waarderen.

Het zal wellicht moeilijk zijn om alle artsen via nascholing voor de hulpmiddelen geïnteresseerd te krijgen. Toch geeft 86% van de artsen volgens eerder genoemd onderzoek aan, dat onderwijs op het gebied van communicatieve vaardigheden en juridisch-ethisch gebied tot



## Verplichte scholing op maat

de verplichte bij- en nascholing van medisch specialisten zou moeten behoren. Het toekennen van accreditatiepunten is daarvoor in ieder geval een prikkel. Ook het invoeren van verplichte scholing op instellingsniveau biedt kansen: de instelling kan, als samenwerkingsverband, de scholing toespitsen op de lokale situatie. Op die manier kan scholing op maat worden gemaakt. Dat bevordert ook uniform beleid. Als kans kan in dit verband de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis worden genoemd. Ook vanuit die optiek heeft het ziekenhuis er belang bij dat patiëntenrechten worden nageleefd en zal het belangstelling hebben voor scholing van medewerkers. Scholing in de opleidingen van hulpverleners is vanzelfsprekend ook heel relevant. Voor wat betreft het medisch onderwijs wordt dit uitgewerkt in Hoofdstuk 3 'De WGBO in het medisch onderwijs'.

## 2.3 Producten en doelgroepen

### 2.3.1 Producten

In het Implementatieprogramma zijn generieke producten ontwikkeld voor verschillende gebruikersgroepen: hulpverleners en patiënten. Het zijn basismodellen die desgewenst nog kunnen worden uitgewerkt een toegeschreven naar beroepsgroepspecifieke of lokale omstandigheden. Het betreft de volgende producten:

#### *Informatie en toestemming*<sup>25</sup>

1. Tips voor patiënten voor gesprekken met een arts;
2. Handleiding voor patiënten over informatie en toestemming;
3. Checklist voor hulpverleners over informatie en toestemming;
4. Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming voor een onderzoek of behandeling;
5. Handleiding voor artsen over informatie en toestemming;
6. Handleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden over informatie en toestemming;
7. Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een minderjarige patiënt;
8. Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt;
9. Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid.

---

<sup>25</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004.

## Dossier en bewaartermijnen<sup>26</sup>

Rapport met als bijlagen:

1. Voorbeeldmatrix voor bewaring van dossiers;
2. Pakket van eisen Patiëntenvoorlichting en Informatievoorziening. Aandachtspunten voor het informeren van patiënten over de omgang met hun patiëntengegevens binnen de zorg.

## Toegang tot patiëntengegevens<sup>27</sup>

Rapport met als bijlagen:

1. Modelrichtlijn Toegang tot Patiëntengegevens;
2. Voorbeeldmatrix voor Toegang tot Patiëntengegevens;
3. Stroomdiagram Toegang tot Patiëntengegevens;
4. Pakket van eisen Patiëntenvoorlichting en Informatievoorziening. Aandachtspunten voor het informeren van patiënten over de omgang met hun patiëntengegevens binnen de zorg.

### 2.3.2 Doelgroepen

Voor de implementatie van de WGBO worden diverse doelgroepen onderscheiden. De primaire doelgroepen zijn ‘hulpverleners’ en ‘patiënten’. De producten uit het programma hebben veelal een generiek karakter: zij richten zich op patiënten, individuele hulpverleners of op instellingen. Bij het ontwikkelen ervan hebben de zogenoemde ‘kernhulpverleners’ (de arts en de verpleegkundige) echter model gestaan. In de praktijk hebben natuurlijk veel meer hulpverleners met de WGBO te maken: tandartsen, paramedici, verloskundigen, psychologen, psychotherapeuten et cetera. Voor hen kunnen de producten wellicht een voorbeeldfunctie vervullen. We onderscheiden de doelgroepen in de typen gebruikers en beslissers c.q. invoerders. Onder ‘gebruikers’ verstaan we de groep voor wie de verandering in de praktijk bedoeld is, de groep die uiteindelijk beter wordt van de vernieuwing, maar ook de groep die gaat werken met de producten dan wel die iets moet gaan doen met de resultaten; onder ‘beslissers c.q. invoerders’ verstaan we de groep die er voor verantwoordelijk is dat het product gebruikt c.q. ingevoerd gaat worden.



2.  
Implementatie-  
plan



Implementatie is  
een proces,  
geen product

<sup>26</sup> Zie: Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen, Utrecht, 2004.

<sup>27</sup> Zie: Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot patiëntengegevens, Utrecht, 2004.

### *Gebruikers*

- Patiënten
- Artsen
- Verpleegkundigen
- Andere hulpverleners
- Medisch administrateurs/archiefmedewerkers

### *Beslissers c.q. invoerders*

- Management van zorginstellingen en van afdelingen van die zorginstellingen
- Beroepsverenigingen en koepelorganisaties
- Wetenschappelijke verenigingen
- Brancheorganisaties
- Belangenorganisaties en patiëntenorganisaties
- Medische faculteiten
- DMW/VSNU
- KNMG-Colleges
- Verzekeraars
- Overheid (Ministerie van VWS)

## **2.4 Implementatie**

Het Implementatieprogramma WGBO is opgezet om de toepassing van de WGBO in de praktijk van de hulpverlener sterk te verbeteren. Implementatie is het proces van invoeren en toepassen van een innovatie in de praktijk met als doel de innovatie een structurele plaats te geven in het (beroepsmatig) handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg. Implementatie is een proces, niet een product. Om dit proces zo kansrijk mogelijk te maken zijn de volgende aandachtspunten van belang<sup>28</sup>:

### *Hulpmiddelen*

Om de innovatie (onderdelen van de WGBO) een structurele plaats te geven in het gedrag en handelen van de hulpverlener kunnen een aantal hulpmiddelen zoals richtlijnen, handleidingen en checklisten worden ingezet.

### *Analyse van kansen en belemmeringen voor invoering van de hulpmiddelen*

Om de implementatie kansrijk te laten verlopen is het belangrijk om inzicht te hebben in de kansen en belemmeringen bij invoering van de ontwikkelde hulpmiddelen. Op basis van

---

<sup>28</sup> Zie voor een modelmatige beschrijving van zorgvernieuwingsprocessen ook het *Richtsnoer GHIP* (Good Healthcare Innovation Practice) versie 1.0, Utrecht, maart 2003. Dit richtsnoer bevat belangrijke gereedschappen voor (zorg)professionals die innovatieprojecten bedenken, uitvoeren en evalueren.

deze analyse zijn de hulpmiddelen overigens ook aangepast. De kans dat deze ook daadwerkelijk worden gebruikt, wordt daardoor groter.

### *Creëren van draagvlak*

De gebruikers moeten belang gaan hechten aan het gebruik van bovenstaande hulpmiddelen en de voordelen ervan inzien. Om dit te bereiken kunnen naast het inzetten van communicatiemiddelen, sleutelfiguren en *opinion leaders* behulpzaam zijn. Zij kunnen bijvoorbeeld hun eigen positieve ervaringen met het betreffende product delen met anderen en vertellen over de manier waarop het product in de eigen praktijk is ingepast.

### *Het inbedden in bestaande systemen*

Het gaat hier om het gebruik van de hulpmiddelen in te bedden in bestaande systemen, processen, werkafspraken, procesondersteunende ICT et cetera. Lang is gedacht dat een goed product zichzelf wel verkoopt<sup>29</sup>. De doelgroep hoeft alleen maar kennis te nemen van het bestaan ervan en daarna vindt het zijn weg wel. Niets is minder waar. Alleen informeren blijkt niet genoeg; actieve mailings, publiciteit in relevante vakbladen, reminders voor op het bureau, en zelfs gerichte bijscholing leiden in de praktijk niet tot het beoogde brede gebruik van het nieuwe product. Wat al meer effect sorteert is de inzet van marketing, het ‘verkoppen’ van het product, het inspelen op de ‘emotieve’ aspecten en daarmee op de attitude en het gedrag van de toekomstige gebruikers. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van sleutelfiguren binnen de beoogde doelgroep(en) en kan geïnvesteerd worden in het wegnemen van mogelijke - irrationele - weerstanden en blokkades in de omgeving. Herkenbaarheid en gebruik van het product nemen toe, maar een werkelijk blijvend effect is marginaal, temeer daar na verloop van tijd de emotieve aspecten uitdoven (denk aan vuurwerkcampagnes). Er zijn twee problemen bij deze manier van implementeren:

1. de aanpak gaat teveel uit van een individu dat moet veranderen: de acties zijn teveel gericht op het aanpassen van zijn attitude en gedrag;
2. de aanpak gaat uit van eenzijdige beïnvloeding van de praktijk door wetgeving (of richtlijn).

Te weinig wordt rekening gehouden met het gegeven dat zorgpraktijken complexe systemen zijn: systemen van diverse hulpverleners en anderen werkzaam in de zorg; van patiënten en familie. Maar ook systemen van aspecten als organisatie, technieken, financiering en regelgeving. Elk systeem kun je beschouwen als een netwerk: verander je één element, dan raakt dat vaak aan vele andere.

Implementatie van een richtlijn lukt beter als deze kan worden ingebouwd in bestaande of samen overeengekomen nieuwe werkafspraken en ondersteunende systemen. Hierdoor zal het te implementeren product vaak veranderen, aangepast

<sup>29</sup> M. Berg: Implementeren of innoveren? Zorgwerk, zorginformatie en de WGBO. Openingsrede gehouden tijdens de Halfwegconferentie Implementatieprogramma WGBO d.d. 20 november 2003.



2.  
Implementatie-  
plan



Een product  
van de  
gebruikers zelf

worden aan de betreffende praktijk. En de praktijk is weer aan verandering onderhevig, waardoor het product op een later tijdstip mogelijk opnieuw moet worden aangepast. Het oorspronkelijke product wordt hierdoor meer ‘van de gebruikers zelf’ en maakt zo veel meer kans om als waardevol te worden erkend; door sommigen al snel, door anderen meer gaandeweg.

In dit advies over de implementatie van de producten en voorstellen uit het WGBO-project, wordt op dit inzicht voortgebouwd. Het betekent dat het uitgangspunt niet moet zijn ‘hoe krijgen we ze zover?’ (om de ontwikkelde producten zo en niet anders te gaan gebruiken) maar ‘hoe is het haalbaar in de praktijk?’ Hoe breng je zo wet en werkelijkheid dicht bij elkaar?

Een zekere spanning tussen wet en werkelijkheid is daarbij niet te vermijden. ‘Alleen maar zo en niet anders’, leidt in de praktijk tot een als onwerkzaam ervaren regelgeving en naventant toenemende werkdruk, hetgeen juist weerstanden oproept en niet wegneemt.

## 2.5 Aanbevelingen voor de implementatie

Een implementatiestrategie bestaat uit een of meerdere interventies die volgens een bepaald plan wordt uitgevoerd. De strategie moet goed aansluiten bij de verschillende doelgroepen, organisaties en bij de innovaties zelf.

De strategieën kunnen gericht zijn op verschillende aspecten<sup>30</sup>:

- op individuen: informeren, motiveren, draagvlak optimaliseren en nieuwe vaardigheden aanleren;
- op organisaties: aansluiten bij de wijze waarop beleidsontwikkeling en besluitvorming plaatsvindt, herziening van professionele rollen, meer participatie van patiënten;
- op de structuur van de gezondheidszorg: organisatorische en financiële waarborgen voor het bestendigen van de verandering, zoals mechanismen voor monitoring van kwaliteit, beïnvloeding van wet- en regelgeving, veranderingen in de setting van zorgverlening.

Gebleden is dat een combinatie van interventies de kans op succesvolle invoering vergroot, omdat bijna geen enkele interventie alle gebruikers bereikt en motiveert. Uit onderzoek blijkt dat simpele informatieoverdracht via krant, radio, tv, boeken, artikelen, folders, congressen, informatiebijeenkomsten en workshops beperkt effectief is als het gaat om het daadwerkelijk veranderen van het gedrag van professionals<sup>31</sup>. Vernieuwers moeten vaak ook andere interventies plegen gericht op het creëren van draagvlak, op het beïnvloeden van houding en gedrag en op het benutten van de mogelijkheden die de organisatorische context en kansrijke ontwikkelingen bieden.

---

<sup>30</sup> Uit de ‘Checklist VIP Implementatieprojecten’ van ZonMw.

<sup>31</sup> Grol R. en Grimshaw J.: Evidence-based implementation of evidence-based medicine (1999; Journal on Quality Improvement)



Vertaald naar het WGBO-project, worden per doelgroep de volgende suggesties voor interventies gedaan.



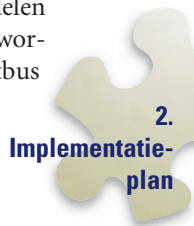
### **Doelgroep A: gebruikers**

#### **A.1 Patiënten**

Een belangrijk uitgangspunt is, dat patiënten een grote rol kunnen spelen in het veranderen/verbeteren van de manier waarop hulpverleners de WGBO in de praktijk toepassen c.q. de hulpmiddelen uit het Implementatieprogramma in de praktijk gebruiken. 'Empoweren' van de patiënt is in deze visie een belangrijk instrument ter verbetering van de toepassing van de WGBO. De patiënt wordt als het ware de motor van de veranderingen. Door patiënten te versterken en mondig(er) te maken, fungeren zij als 'middel' om de hulpverlener te mobiliseren. Naast versterking van de medezeggenschap door ondersteuning aan cliëntenraden, klachtopvang en voorlichting aan patiënten over hun rechten, gaat het dan vooral om aspecten als: hoe kun je als patiënt zelf bijdragen aan een goed verlopend voorlichtingstraject? Hoe breng je bijvoorbeeld op een effectieve manier je vragen (lijstje) in? Hoe geef je gericht feedback aan je hulpverlener?

Op individueel niveau is de aanbevolen strategie het intensiveren van voorlichting over patiëntenrechten. Dat kan op verschillende manieren. Daartoe zijn enkele hulpmiddelen gemaakt<sup>32</sup>. Voorlichtingsmateriaal (folders en posters) kan via spreek- en wachtkamers worden verspreid, maar ook via publieksevenementen of -congressen, het inzetten van Postbus 51-spotjes, het organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten voor patiënten, het verspreiden van informatie via internet, het genereren van free publicity via voor de doelgroep belangrijke bladen (onder andere landelijke en regionale kranten, human interestbladen, vrouwenbladen, bladen op het terrein van gezondheid) en radio- en tv-programma's.

Binnen dit scala aan voorlichtingsactiviteiten is een belangrijke rol weggelegd voor de patiëntenverenigingen; zij beschikken over gerichte middelen en kanalen om patiënten te bereiken. Die moeten zeker worden benut. Ook moet voorlichtingsmateriaal zoveel mogelijk worden 'vertaald' voor specifieke doelgroepen, zoals bijvoorbeeld allochtonen (Turks, Marokkaans) of mensen met een (visuele) handicap. Tenslotte kan in dit verband gewezen worden op het belang van het inbedden van het patiëntenperspectief in richtlijnen die veelal ook paragrafen bevatten over informatieoverdracht. Het betrekken van patiëntenorganisaties bij richtlijnontwikkeling is daarvoor een belangrijk instrument.



---

<sup>32</sup> Zie: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Utrecht, 2004, Bijlage 1 'Tips voor patiënten voor gesprekken met een arts' en Bijlage 2 'Handleiding voor patiënten over informatie en toestemming'. Verder is het 'Pakket van eisen Patiëntenvoorlichting en Informatievoorziening. Aandachtspunten voor het informeren van patiënten over de omgang met hun patiëntengegevens binnen de zorg' (*Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 3 Dossier en bewaartermijnen*, Utrecht, 2004, Bijlage 2) een indirect middel. Het is gericht op instellingen en individuele hulpverleners, maar bedoeld om de kwaliteit van patiëntenvoorlichting over de omgang met patiëntengegevens te verbeteren.

In organisatorische zin wordt geadviseerd de nadruk te leggen op het inbedden van diverse aspecten in zorgprocessen. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor onder andere coördinatoren patiëntenvoorlichting, kwaliteitsfunctionarissen en cliëntenraden. Dit aspect valt uiteen in drie onderdelen:

1. Het toetsen van het gebruik van de hulpmiddelen voor patiënten via patiënttevredenheidsonderzoeken. Dit zal hulpverleners stimuleren tot het gebruik hiervan. Zeker als uit onderzoek blijkt dat patiënten de hulpmiddelen waarderen.
2. Een andere organisatie van patiëntenvoorlichting, bijvoorbeeld door
  - het ‘clusteren’ van informatie en het groepsgewijs informeren van patiënten;
  - het instellen van een verpleegkundig spreekuur. Bezoek van dit spreekuur is niet gekoppeld aan een ingreep, maar dient als extra bezoek om informatie te herhalen, verdere informatie te verstrekken en de patiënt voor te bereiden op een komende ingreep (bijvoorbeeld 1 week na bezoek aan de behandelend arts);
  - het inbedden van voorlichting over patiëntenrechten in te creëren of bestaande voorlichtingsmomenten.
3. Het inbedden van het gebruik van de hulpmiddelen voor patiënten in bestaande procedures. Het gebruik zal bijvoorbeeld toenemen als in een procedure wordt vastgelegd dat hulpverleners deze automatisch meegeven bij het doorverwijzen en/of bij het maken van een afspraak op de poli.

## **A.2 Artsen, verpleegkundigen en andere hulpverleners**

Een *individuele*, op artsen, verpleegkundigen en andere individuele hulpverleners gerichte, strategie is het geven van voorlichting en onderwijs. De voorlichting over de WGBO aan deze doelgroep moet geïntensiveerd worden. Dat kan door het schrijven van artikelen, het inzetten van advertentiestoppers in relevante (vak)bladen, het organiseren van lezingen en het inzetten van sleutelfiguren en opinion leaders. Ook het verspreiden van de hulpmiddelen via internet kan daartoe bijdragen. Verder moeten de hulpmiddelen uit het Implementatieprogramma onderdeel uitmaken van het onderwijsmateriaal voor (aankomende) hulpverleners. Ook kunnen WGBO-aspecten worden opgenomen in opleiding, trainingen, workshops, bij- en nascholing, intervisie et cetera.<sup>33</sup>

In *organisatorische* zin moet de nadruk liggen op het inbedden van diverse aspecten in zorgprocessen. Voor deze doelgroep valt deze strategie uiteen in drie onderdelen:

1. taakherschikking: het gedeeltelijk delegeren van de informatievoorziening, bijvoorbeeld aan verpleegkundigen. Dit vergt duidelijke werkafspraken over wie welk deel van de voorlichting voor zijn rekening neemt. Het instellen van een verpleegkundig spreekuur (zie boven) ondersteunt dit. Om verpleegkundigen hiertoe goed uit te rusten, moet er aandacht zijn voor de WGBO in de opleiding en de bijscholing. Ook is belangrijk dat het benodigde materiaal terechtkomt bij de juiste personen (afdelingsleiding en/of het stafbureau verpleging) en toegankelijk is voor verpleegkundigen qua taalgebruik;

---

<sup>33</sup> Voor het medisch onderwijs is dit verder uitgewerkt in Hoofdstuk 3 De WGBO in het medisch onderwijs.

2. het inbedden van voorlichting over (de bepalingen van) de WGBO in bestaande overlegstructuren. Dit kan ook goed aan de hand van het bespreken van (signalen van) klachten;
3. het invoeren van WGBO-aspecten in bestaande kwaliteitsprogramma's of het opzetten van dergelijke programma's binnen instellingen. Dit kan bijvoorbeeld meegenomen worden in introductieprogramma's voor hulpverleners. Dit zou tevens gekoppeld kunnen worden aan het invoeren van een aantal prestatie-indicatoren gerelateerd aan WGBO-aspecten.



**Verpleegkundig  
spreekuur als voor-  
lichtingsmoment**

Een strategie gericht op de *structuur* van de gezondheidszorg is voor deze doelgroep het opnemen van WGBO-aspecten als informatievoorziening in de DBC's. Andere structuurgerichte strategieën die worden aanbevolen zijn het doorvoeren van vernieuwingen in het onderwijs van hulpverleners. Specifiek voor het medisch onderwijs -dat binnen het Implementatieprogramma nader werd onderzocht (zie Hoofdstuk 3)-, zijn dat de herziening van het curriculum, het aanpassen van het Raamplan (basisopleiding), het opnemen van WGBO-aspecten in de verplichte geaccrediteerde bij- en nascholing en het opnemen van WGBO-aspecten in kwaliteits- en/of opleidingsvisitaties.

### ***A.3 Medisch administrateurs/archiefmedewerkers***

Bij deze gebruikersgroep moet een combinatie van strategieën gericht op het individu en organisatorisch gerichte strategieën worden ingezet. Op individueel niveau moet voorlichting worden gegeven en trainingen worden georganiseerd. Te denken valt bijvoorbeeld aan het verspreiden van voorlichtingsmateriaal en de hulpmiddelen op de werkplek via intranet en internet. Trainingen zijn vooral gericht op het werken met de betreffende hulpmiddelen. Bij de organisatorisch gerichte strategieën gaat het vooral om het inbedden van de hulpmiddelen in bestaande werkafspraken en werkprocessen.



**2.  
Implementatie-  
plan**

### ***Doelgroep B: beslissers en invoerders***

Beslissers zijn degenen die beslissingsbevoegdheid hebben over het al dan niet gebruiken van de producten; veelal managers en/of beleidsmakers. Het kunnen ook professionals zijn. Invoerders zijn degenen die verantwoordelijk zijn voor invoering van het product. Aan hen draagt het Implementatieprogramma WGBO straks 'het stokje' over. Deze groep moet de geschetste implementatiestrategieën verder uitwerken en uitvoeren. Zij kunnen de ontwikkelde producten desgewenst op maat maken voor de eigen (beroepsgroepspecifieke of lokale) situatie. Bepaalde doelgroepen zijn in sommige gevallen beslissers, maar vervolgens ook invoerders.



**WGBO-eisen  
als prestatie-  
indicatoren**

**B.1 Beslissers: overheid (ministerie VWS), management van (afdelingen van) zorginstellingen, medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, KNMG-Colleges**

Op individueel niveau moet onder deze doelgroep vooral draagvlak worden gecreëerd. Daartoe moeten de uitkomsten van het Implementatieprogramma zo veel mogelijk persoonlijk (via het eindrapport, slotconferentie en internet) onder de aandacht van de doelgroep worden gebracht. Ook moeten er bestuurlijke overlegvormen en themabijeenkomsten komen, moeten sleutelfiguren en *opinion leaders* worden ingezet en moet *free publicity* worden gegenereerd via voor deze doelgroep belangrijke bladen (onder andere landelijke en regionale kranten) en radio- en tv-programma's.

Beslissers (het management) zijn verantwoordelijk voor het creëren van de organisatorische randvoorwaarden voor een geslaagde invoering van het Implementatieprogramma WGBO. Daarvoor is wenselijk dat de WGBO-eisen in het kwaliteitsbeleid van de instelling en in de 'basisset prestatie-indicatoren', bijvoorbeeld onder de noemer van patiënttevredenheid, worden opgenomen.<sup>34</sup> Zodoende kan via metingen en visitaties de kwaliteit gecontroleerd c.q. bewaakt worden. De resultaten geven input voor verbetering. Hierdoor blijft de aandacht voor dit thema 'op peil'. Bovendien wordt gerapporteerd in het kwaliteitsjaarverslag. Zo kan men bijvoorbeeld via projecten monitoren hoe het gesteld is met de informatievoorziening en de tevredenheid van patiënten daarover. Hiermee wordt bovendien bewustwording bij patiënten gestimuleerd, die op hun beurt de professionals 'scherp' kunnen houden. Belangrijk is dat het management c.q. de afdelingsleiding deze strategieën moeten 'dragen': zij vervullen een sleutelpositie bij het ontwikkelen van werkafspraken hierover. De mate waarin de leiding de 'werkvloer' weet te stimuleren en een voorbeeldfunctie vervult, is van cruciaal belang.

Structuurgerichte strategieën zijn voor deze doelgroep: het meenemen van WGBO-gerelateerde aspecten in de DBC's, onderwijsvernieuwingen zoals de curriculumherziening van het medisch onderwijs, het aanpassen van het Raamplan (basisopleiding), het opnemen van WGBO-aspecten in verplichte geaccrediteerde bij- en nascholing en het opnemen van WGBO-aspecten in kwaliteits- en/of opleidingsvisitaties.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> Deze basisset is een bundeling van prestatie-indicatoren voor het afleggen van externe verantwoording door ziekenhuizen op verschillende terreinen, ontwikkeld door de IGZ, NVZ, VAZ en OMS. Te vinden op internet: [www.prestatie-indicatoren.nl](http://www.prestatie-indicatoren.nl)

<sup>35</sup> Zie ook Hoofdstuk 3 De WGBO in het medisch onderwijs.

**B.2 Invoerders: Arcares, Verbond van Verzekeraars, DMW/VSNU, GGZ-Nederland, KNMG, KNMG-Colleges, AVVV, LHV, NPCF, NVZ, OMS, VGN, VPV, wetenschappelijke verenigingen, ZN**

Ook voor deze doelgroep is belangrijk dat op individueel niveau draagvlak wordt gecreëerd door de uitkomsten van het Implementatieprogramma via het eindrapport en de slotconferentie persoonlijk onder hun aandacht te brengen. Ook themabijeenkomsten en workshops kunnen daartoe bijdragen, evenals het inzetten van sleutelfiguren en opinion leaders, het verspreiden van de hulpmiddelen via internet, het verspreiden van ondersteunende materialen als folders, redactionele artikelen en lesmateriaal.

In organisatorische zin gaat het er vooral om dat de invoerders alle eerder genoemde strategieën daadwerkelijk gaan uitwerken en uitvoeren of hiervoor de randvoorwaarden creëren. Daarvoor kan in kaart worden gebracht in welke lopende (kwaliteits)projecten de resultaten van het Implementatieprogramma kunnen worden 'meegenomen'. Als voorbeeld kan worden genoemd het project 'Patiëntenvoorlichting' van de Orde van Medisch Specialisten, waarin met diverse partijen in de zorg afspraken worden gemaakt over de kwaliteit en doelmatigheid van patiëntenvoorlichting. De hulpmiddelen uit het Implementatieprogramma WGBO kunnen binnen dat project als (juridisch) randvoorwaardelijk worden gedefinieerd.

## 2.6 Overdracht

De slotconferentie van het Implementatieprogramma WGBO vormt tegelijkertijd de aftrap voor de daadwerkelijke implementatiefase. Dan wordt het stokje overgedragen aan partijen in het veld, zodat de diverse producten kunnen worden ingevoerd. Het zijn met name de invoerders die dan een hoofdrol moeten gaan spelen; zij zijn verantwoordelijk voor het daadwerkelijk invoeren van de producten. De invoerders kunnen de producten nog verder op maat maken voor een specifieke beroepsgroep. In het kader van de overdracht is het de rol van het samenwerkingsverband om bij hen draagvlak te creëren, hen te motiveren voor de in dit plan uiteengezette strategieën, *commitment* te verkrijgen en hen verantwoordelijk te maken voor de implementatie. Hun rol is om draagvlak te creëren bij beslissers en de daadwerkelijke implementatie te realiseren. Een wezenlijk element hiervan is het testen van de producten.



2.  
Implementatie-  
plan



Draagvlak creëren  
en motiveren

### 2.6.1 Het testen van de producten

Om de toepassing van de WGBO in de praktijk te verbeteren en te vergemakkelijken, zijn diverse producten ontwikkeld (zie § 2.3.1). Onderdeel van het proces van invoering van die producten is het testen in de praktijk. De producten worden geïntroduceerd en verschillende gebruikers kunnen ze uitproberen in de praktijk. Dit kan bijvoorbeeld via de NPCF als het gaat om het testen van producten gericht op patiënten, via wetenschappelijke verenigingen

of koepelorganisaties als het gaat om de producten gericht op hulpverleners. Dit proces helpt te ontdekken wat de waarde van de producten is voor desbetreffende gebruikersgroep en wat nodig is om deze te laten ‘werken’. Ook kunnen de producten zo nodig worden aangepast aan de lokale situatie of de betreffende gebruikersgroep. Het te implementeren product zal hierdoor veranderen en meer ‘van de gebruikers zelf’ worden. Zo kan men gebruik maken van de ervaringen die zijn opgedaan en wordt de kans op succes vergroot. Bovendien kunnen gebruikers die met de producten hebben gewerkt, hun ervaringen met anderen delen hetgeen bredere acceptatie zal helpen ondersteunen.

Ter voorbereiding van de daadwerkelijke implementatie zijn de volgende aspecten nog van belang<sup>36</sup>:

- inventariseren van de verschillende fasen van het veranderingsproces: wat moet er nog gedaan worden om bepaalde groepen te informeren en motiveren, om weerstanden weg te werken en de producten en strategieën in te bouwen in bestaande processen?;
- inventariseren van bestaande projecten en kansrijke ontwikkelingen om op aan te sluiten;
- plannen van de activiteiten; het uitzetten van een concreet tijdsplan;
- verdelen van taken, procedures en verantwoordelijkheden;
- het faciliteren van de implementatie door te zorgen voor tijd, geld en andere middelen.

## 2.6.2 Nazorg en evaluatie

Om daadwerkelijke realisatie te bereiken, is het noodzakelijk dat er een vervolgproject wordt opgezet met een duidelijke coördinatie. Alleen op die manier kan de invoering van de producten uit het Implementatieprogramma op kwalitatief verantwoorde wijze worden begeleid, kunnen boven genoemde stappen ter verdere voorbereiding worden gezet en kan procesbewaking plaatsvinden. Systemen kunnen worden aangepast, er kan uitwisseling plaatsvinden van *best practices* zodat men niet steeds opnieuw het wiel hoeft uit te vinden en er kunnen feedbackcirkels worden ingebouwd. Zo zal toezicht ontstaan op de daadwerkelijke invoering. Geadviseerd wordt tenslotte zowel de in dit programma ontwikkelde producten als de nadien ondernomen implementatieactiviteiten, na vijf jaar te evalueren. Op basis van die evaluatie kan desgewenst (verdere) bijstelling plaatsvinden.

---

<sup>36</sup> R. Groen en M. Wensing (red.): ‘Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg’, Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

## 3 Medisch Onderwijs

### 3.1 Inleiding

Eén van de doelstellingen van het implementatieplan is te komen tot aanbevelingen om de WGBO beter in te bedden in het onderwijs. Deze aanbevelingen gaan onder andere over de manier waarop meer aandacht kan worden besteed aan de WGBO in alle fases van het medisch onderwijs. Het gaat hierbij om kennis over de wet zelf, maar ook om de communicatieve vaardigheden die nodig zijn om naar de geest van de wet te kunnen handelen.

Dit advies is primair gericht op het verbeteren van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag dat nodig is om in de praktijk met de WGBO te kunnen omgaan. Het advies moet echter in een breder perspectief worden geplaatst. De WGBO staat niet op zichzelf. De wet moet in nauwe samenhang worden gezien met andere gezondheidsrechtelijke regelgeving, zoals de Wet BIG, de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet Bopz, de Klachtwet en de WBP, maar ook met relevante juridisch-ethische gedragscodes en richtlijnen van de beroepsgroep. Van dergelijke gezondheidsrechtelijke regelgeving moeten hulpverleners vandaag de dag ook op de hoogte zijn. Daar waar in dit advies over de WGBO wordt gesproken, zou dus ook ‘de WGBO en andere gezondheidswetten’ kunnen worden gelezen. Uit de aard van de opdracht vloeit echter voort dat de aandacht primair gericht is op de WGBO.



**Gezondheidsrecht  
inbedden in  
opleiding**

Uit haalbaarheidsoverwegingen is dit advies beperkt tot het onderwijs aan (aankomend) artsen, zowel in de initiële artsenopleiding als in de vervolgopleiding en de bij- en nascholing. In een vervolg is het wenselijk om ook het onderwijs aan andere hulpverleners onder de loep te nemen. Dit omdat in de praktijk vaak sprake is van multidisciplinair samenwerken en omdat ook andere hulpverleners in het voorlichtingsproces een rol (kunnen) hebben. Dit geldt in het bijzonder voor de verpleegkundige beroepsgroep. Het doen van aanbevelingen over de verpleegkundigenopleidingen ligt, ook gezien de scope van het Implementatieprogramma, daarbij voor de hand.

Al sinds de negentiger jaren wordt ervoor gepleit gezondheidsrecht (en ethiek) een duidelijker eigen plaats te geven in het medisch onderwijs. Deze roep was het gevolg van het feit dat de geneeskundige praktijk werd geconfronteerd met een toenemend aantal ethische en juridische normen en regels. Op welke wijze in de initiële artsenopleiding aandacht wordt besteed aan de WGBO blijkt uit een onderzoek dat A. Fazal in 2001 in opdracht van het ministerie van VWS uitvoerde.<sup>37</sup> Uit dat onderzoek blijkt dat het vak gezondheidsrecht slechts een zeer bescheiden plaats inneemt in de initiële artsenopleiding. Het vak wordt op veel universiteiten verspreid over modules, is grotendeels een keuzevak en wordt feitelijk

<sup>37</sup> A. Fazal: Ethiek en gezondheidsrecht in het onderwijs; een onderzoek naar het onderwijs van ethiek en gezondheidsrecht in de initiële artsenopleiding en de voltijd HBO verpleegkunde opleiding, november 2001.

ook slechts door een zeer klein percentage van de studenten gevolgd. Het aantal verplichte uren dat aan gezondheidsrecht wordt besteed, is doorgaans verhoudingsgewijs zeer beperkt. Er is behoefte aan een duidelijk eisenpakket voor de medische opleidingen als het gaat om het bijbrengen van de kennis, kunde en attitude die artsen nodig hebben om in de praktijk met gezondheidswetten zoals de WGBO te kunnen werken. In dit advies doen wij aanbevelingen over de vraag in welke fase van onderwijs een WGBO-onderdeel opportuun is, welke vormen daarvoor geschikt zijn (kennisoverdracht en/of vaardigheidstrainingen) en wie actie moet ondernemen voor implementatie.

Ter voorbereiding van dit advies is een expertmeeting gehouden met deskundigen uit het veld van het medisch onderwijs. Tijdens deze bijeenkomst is gebrainstormd aan de hand van stellingen. Veel conclusies uit deze bijeenkomst vormen de basis voor dit advies.

#### *Leeswijzer*

Het advies is als volgt opgebouwd:

- § 3.2 gaat in op de kennis, vaardigheden en het professioneel gedrag die een arts nodig heeft om goed met de WGBO in de praktijk om te gaan.
- In § 3.3 worden onderwijskundige aspecten behandeld die van belang zijn om de WGBO beter in te bedden in het medisch onderwijs.
- In § 3.4 worden de adviezen gepresenteerd.

## **3.2. Kennis, vaardigheden en professioneel gedrag**

Om goed om te kunnen gaan met WGBO-gerelateerde problematiek moet de arts beschikken over kennis over de WGBO. Het gaat hier om de feitelijk wetskennis en de strekking van wat de wet inhoudt; de basiskennis over de WGBO. Een arts moet daarnaast ook beschikken over de vaardigheden om in de praktijk goed met de WGBO om te kunnen gaan. Daarbij doelen wij zowel op communicatieve vaardigheden als op andere (bijvoorbeeld management)vaardigheden nodig om de normen uit de WGBO te kunnen toepassen in de praktijkvoering. Inzicht in het belang van de WGBO en in de strekking van de wet beïnvloedt in hoge mate het professioneel gedrag van de arts.

### **3.2.1 Het belang van communicatie**

Uit eerder onderzoek<sup>38</sup> bleek al dat effectieve communicatie een belangrijke basisvoorwaarde is voor kwalitatief hoogstaande medische zorg. Dit inzicht heeft weliswaar tot extra aandacht geleid voor communicatieve aspecten in de opleiding en in de uitoefening van het vak

---

<sup>38</sup> KNMG-project 'Informed Consent': Uitvoering van de Informed Consent-vereiste: een kwestie van communicatie, Utrecht, 1997.



in het algemeen, maar nog vaak blijkt dat klachten van patiënten juist op onvrede over de communicatie zijn gebaseerd. Arts-patiëntcommunicatie is meer dan alleen het overdragen van informatie.

In dit onderzoek worden drie doelen onderscheiden:

1. goede communicatie vormt de basis voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie;
2. communicatie is het basisgereedschap voor efficiënte informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt;
3. communicatie heeft een functie om tot een beslissing over het behandelplan te komen.

Dit vergt nogal wat van een arts. In eerder genoemd rapport worden de volgende vaardigheden geschetst waarover een arts zou moeten beschikken om de informatie-overdracht te optimaliseren<sup>39</sup>:

- de aandacht van de patiënt mobiliseren;
- rekening houden met het beperkte geheugen van de patiënt;
- informatie laten aansluiten bij het begripsvermogen, het taalgebruik en de belevingswereld van de patiënt;
- rekening houden met de emotionele reactie van de patiënt;
- rekening houden met de individuele 'copingstijl' van de patiënt: hoe gaat hij om met bedreigende informatie;
- nieuws en advies gescheiden houden;
- de belangrijkste informatie samenvatten;
- toetsen of de informatie door de patiënt is gehoord, onthouden en begrepen.



**Communicatie is  
meer dan alleen  
informatie-  
overdracht**

Ook uit recenter onderzoek blijkt dat er nog het één en ander schort aan de communicatie tussen arts en patiënt. Zo blijkt uit onderzoek van Kessels<sup>40</sup> dat er weinig van de informatie van de arts blijft hangen bij de patiënt. Patiënten zijn een groot deel van de informatie die zij in een medisch consult krijgen, al weer snel vergeten. Hier moet de arts beter op inspelen bijvoorbeeld door schriftelijk materiaal ter ondersteuning van het gesprek te gebruiken. Ook moet de arts goed controleren of de patiënt de verstrekte informatie begrepen heeft.

Omdat uit onderzoek blijkt dat communicatie zo belangrijk is in de arts-patiëntrelatie, moet dit leiden tot een grote rol voor communicatie in het medisch onderwijs.

---

<sup>39</sup> Zie ook: *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming*, Bijlage 5, 'Handleiding voor artsen over informatie en toestemming', Utrecht, 2004.

<sup>40</sup> Roy P.C. Kessels: 'Patients' memory for medical information'; *Journal of the Royal Society of Medicine* (may 2003)



**Traditioneel leren  
staat vaak ver van  
beroepspraktijk**

### 3.2.2 De vertaalslag naar de praktijk

Naast kennis over de wet, moet een arts ook in de praktijk met de wet kunnen werken. Hij moet de wet kunnen vertalen naar de praktijk en inzicht hebben in de consequenties van de wet voor problemen of klachten die hij in de praktijk tegenkomt. Deze moet hij kunnen herkennen als WGBO-gerelateerd, om vanuit die invalshoek ook tot oplossingen te kunnen komen. Om hier goed op aan te sluiten met onderwijs, is een praktijkgerichte aanpak en het gebruik van casuïstiek het meest effectief. De voorbeelden moeten herkenbaar zijn voor de doelgroep.

### 3.2.3 Professioneel gedrag

De professionaliteit van artsen kan worden omschreven als de kennis, vaardigheden en attitudes waarover zij beschikken voor hun taakuitoefening als arts. Artsen hebben een bijzondere rol in de maatschappij. Hun professioneel handelen is erop gericht de gezondheid en het welzijn van anderen te verbeteren. De eisen die aan artsen worden gesteld veranderen voortdurend en het systematisch bijhouden en ontwikkelen van kennis, vaardigheden en attitudes ten aanzien van de beroepsuitoefening is een continue bezigheid. In dit verband wordt gesproken over 'levenslang leren'. Een arts moet gemotiveerd en in staat zijn een leven lang te leren en te reflecteren op zijn werk en zijn rol in de gezondheidszorg. Hij moet zich bewust zijn van zijn persoonlijke en vaktechnische grenzen en over vaardigheden beschikken om zich professioneel en betrokken op te kunnen stellen.

## 3.3 Onderwijskundige aspecten

Vanouds was het medisch onderwijs gericht op het kennen en weten van studenten. Met de introductie van het competentiegericht onderwijs wordt de aandacht verlegd naar onderwijs gericht op kennis, inzicht, vaardigheden en attitude. Het gaat om de kennis die de (aankomend) arts nodig heeft om het vak te kunnen uitoefenen. Het aanleren van competenties vergt een andere aanpak van het onderwijs waarbij aandacht moet zijn voor onder meer aan de beroepspraktijk ontleende opdrachten, opbouw van leerprocessen, leerdynamiek, leerlijnen, samenwerkend leren en anders toetsen. Ook heeft dit tot gevolg dat er meer aandacht besteed moet worden aan communicatieve en sociale vaardigheden, planning en organisatie van de zorg en aan samenwerken met andere beroepsbeoefenaren (multiprofessioneel onderwijs).

Op dit moment leren studenten en artsen vaak in educatieve settings met een traditionele opbouw: theorie, droog oefenen, uitvoeren en praktijk. Het traditionele leren is voornamelijk formeel en individueel en staat nog te vaak los van de beroepspraktijk. In het rapport 'De Arts van Straks'<sup>41</sup> wordt gepleit voor de invoering van duaal leren. De kern hiervan is dat stu-

<sup>41</sup> De Arts van Straks; een nieuw medisch opleidingscontinuüm, Utrecht, 2002.

denten tijdens de opleiding zowel grondige vakinhoudelijke kennis verwerven, als relevante werkervaring opdoen. De student combineert de studie met het leren uit de praktijk. Hij krijgt taken opgedragen waarvoor hij zelf verantwoordelijkheid draagt. Daarbij wordt hij begeleid vanuit de universiteit. Op deze manier hebben studenten drie belangrijke bronnen om van te leren: hun eigen praktijkervaringen, de praktijkkennis van de stagebegeleider en andere docenten op school én de theorie. Door hun praktijkervaring kunnen studenten een actieve en kritische inbreng leveren en krijgen studie en werk een extra dimensie. Hierdoor ontwikkelen studenten theoretische kennis en academische vaardigheden die ze kunnen toepassen op praktijkvragen. Daarnaast ontwikkelen zij een kritische attitude ten opzichte van hun eigen professioneel handelen.

Dit vereist een ander onderwijsconcept dan bij een enkelvoudig, niet-duaal traject. Zo is de volgorde waarin de stof aan de orde moet komen niet meer vooral gebaseerd op stoflogische argumenten, maar veel eerder op ‘concerns’ en leerbehoeften die studenten in de praktijk ontwikkelen. Bij verkeerde didactieken ontwikkelen studenten drie verschillende kennisbestanden die nauwelijks met elkaar zijn verbonden. In Nederland heeft met name Korthagen<sup>42</sup> op dit terrein baanbrekend werk verricht. Hij kent een centrale rol toe aan reflectie op praktijkervaringen bij het integreren van theorie- en praktijkkennis en het ontwikkelen van een subjectieve theorie over het vak of beroep. Veel huidige Mastersopleidingen zijn ook opgezet volgens dit model. Boud<sup>43</sup> spreekt in dit verband van *work-based learning*. Evaluatie van de leervorderingen gebeurt vaak met behulp van portfolio’s.<sup>44</sup> Bij een probleemgestuurde opzet van het theoriedeel van de opleiding brengen studenten in een onderwijsgroep casussen of problemen in die ze in de praktijk hebben ervaren.

### 3.3.1 BaMa-structuur

De curriculumherziening als gevolg van de Bachelor-Masterstructuur (BaMa) biedt goede mogelijkheden voor zowel inhoudelijke vernieuwing van studieprogramma’s als voor vernieuwing van onderwijs- en toetsvormen. Wat dit laatste betreft is er behoefte aan het ontwikkelen van nieuwe vormen van studentgericht onderwijs voor de verschillende studiefasen, die veeleisend zijn naar de student toe en als het ware meegroeien met de toenemende zelfstandigheid en samenwerking van de student. In de hogere studie jaren kan een grotere heterogeniteit van studenten qua achtergrond en studiewensen een flexibili-



<sup>42</sup> F.A.J. Korthagen, (1998). *Leraren leren leren. Realistisch opleidingsonderwijs*, geïnspireerd door Ph.A. Kohnstamm. Inaugurale rede, Universiteit van Amsterdam.

<sup>43</sup> Boud, D., *Is problem-based learning sufficiently robust to meet the new challenges of professional work?* Paper presented at the 8th Conference of the European Association of Research on Learning and Instruction, Göteborg, Sweden, 1999.

<sup>44</sup> J. Van Tartwijk, & Th. Wubbels, ‘Evalueren van leervorderingen met behulp van portfolio’s’. In R.J. Bosker (red.), *Evalueren in het onderwijs* (pp. 41 – 58); Onderwijskundig Lexicon Editie III. Samson, Alphen aan den Rijn, 2000.



sering van het onderwijsaanbod noodzakelijk maken. Elektronische leeromgevingen kunnen het (samenwerkend) leerproces van studenten vergemakkelijken. Een cruciale rol bij dit alles spelen de docenten: zij zijn de spil van de onderwijsvernieuwing. Zij moeten de gelegenheid krijgen zich de nieuwe rollen en competenties eigen te maken die passen bij de nieuwe onderwijsvormen.

### **3.3.2 Bij- en nascholing**

Bij 'levenslang leren' zijn scholingsfaciliteiten om de kennis en vaardigheden van artsen op een hoog peil te krijgen en te houden, onmisbaar. Investeren in opleiding en training ligt dan ook voor de hand. Niet goed georganiseerde scholing kan echter ook disfunctioneel zijn. De laatste jaren is het inzicht toegenomen in optimaal leren en de beperkingen van de huidige opleidingsmethodieken. Tevens is duidelijk geworden dat voor het verwerven van kennis, vaardigheden en attitudes verschillende vormen van onderwijs en overdracht noodzakelijk zijn. Dit zal gevolgen hebben voor het inrichten van de leeromgeving.

Volgens het rapport 'De Arts van Straks', moeten artsen enerzijds beschikken over goede kennis van het vakgebied en over doorgroeicompententie: de kennis, houding en vaardigheden die nodig zijn om ook na de opleiding, zelfstandig en in samenwerking met anderen, de eigen kennis van het vakgebied voortdurend op peil te houden en de eigen beroepscompetenties voortdurend te ontwikkelen. De arts (van nu én straks) raakt nooit uitgeleerd.

## **3.4. Adviezen**

Het advies valt uiteen in de volgende deeladviezen:

3.4.1. Algemene adviezen

3.4.2. Adviezen over de initiële opleiding tot basisarts

3.4.3. Adviezen over de vervolgopleiding en de bij- en nascholing

### **3.4.1 Algemene adviezen**

Algemene adviezen zijn adviezen die gelden zowel voor de initiële opleiding als voor de medische vervolgopleidingen en de bij- en nascholing.

#### **3.4.1.1. Onderwijscontinuüm**

Het thema van de WGBO zou deel moeten uitmaken van het gehele medisch opleidingscontinuüm en als thema geïntegreerd moeten worden in het hele curriculum; daarbij verdient een casuïstische aanpak de voorkeur. Alleen dan is sprake van echte inbedding van de

WGBO in het medisch onderwijs, en is het effectief in die zin dat een (aankomend) arts zich de problematiek kan eigen maken en er naar kan handelen.

*Actoren: medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties*

### 3.4.1.2 Toetsing en evaluatie

Naarmate het in het onderwijs minder gaat om alleen het overbrengen (teaching) van kennis, maar steeds meer over het verwerven (*learning*) van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag, verandert ook de rol van de toetsing. Toetsing is nog steeds een belangrijk instrument om relevante kennis, vaardigheden en professioneel gedrag te meten, maar heeft een bredere reikwijdte gekregen. Het medisch onderwijs geeft bepaalde doelen aan die beschreven staan in het Raamplan en in de eindtermen<sup>45</sup>. Of deze doelen worden bereikt, wordt meetbaar gemaakt door toetsing. Daarnaast zet toetsing de (aankomend) arts aan tot leren (*assessment drives learning*). De doelen vormen de basis voor de toetsing, en vervolgens ook voor de inhoud en vorm van het onderwijs dat aan de toetsing vooraf gaat. Toetsen is niet meer alleen maar examineren, maar ook bijvoorbeeld kwaliteitstoetsing op de werkvloer door visitaties en certificering.



**WGBO-aspecten  
in visitatie  
en accreditatie  
trajecten**

Van belang is te weten hoe gemeten wordt of iemand het goed doet; welke toetsingsmethoden gebruikt worden. De resultaten van dergelijke toetsingsmomenten worden gebruikt bij het verbeteren van de inhoud en de vorm van het onderwijs.

Daarom is het advies om:

1. bij visitaties van opleidingen nadrukkelijk te kijken naar de manier waarop de WGBO in het onderwijs is ingebed. Ook de opleiders, die didactisch geschoold moeten worden in het observeren en feedback geven, moeten regelmatig geëvalueerd worden (zie § 3.4.3.2). De visitaties van de vervolgoopleidingen moeten meer op de inhoud en de vorm van het onderwijs worden gericht alsmede op de kwaliteit van de opleiders.
2. de WGBO-aspecten een duidelijker plaats te geven bij de visitaties van beroepsbeoefenaren binnen instellingen. Beoordeeld moet worden hoe binnen de instelling invulling gegeven wordt aan de WGBO:
  - Hoe vindt bijscholing plaats?
  - Hoeveel klachten zijn er gerelateerd aan de WGBO?
  - Hoe ziet het management toe op de juiste naleving?
  - Is er een beleid waarbij op systematische wijze klachten worden gebruikt voor verbetering van de kwaliteit van de zorg (onder andere op het gebied van de WGBO)?

---

<sup>45</sup> Prof. dr. J.C.M. Metz e.a.: Raamplan 2001 artsopleiding; bijgestelde eindtermen van de artsopleiding.

*Actoren: VSNU, wetenschappelijke verenigingen, management van instellingen, branche- en beroepsorganisaties*

*Gereed per: visitatie/accreditatietraject VSNU 2009/2010; rest kan per direct.*

### **3.4.1.3 Trainen op feedback**

Een belangrijke conclusie vanuit de expertmeeting was, dat er bij het trainen van gespreks- c.q. communicatievaardigheden te veel wordt uitgegaan van eenrichtingsverkeer in de communicatie tussen arts en patiënt. De arts praat en legt uit, de patiënt luistert. Het eerder aangegeven belang van toetsen door de arts bij de patiënt of de informatie is gehoord, onthouden en begrepen, is nog niet zichtbaar bij veel van deze trainingen. Derhalve adviseren wij om bij het trainen van gespreks- c.q. communicatievaardigheden meer aandacht te besteden aan het (leren) geven van gestructureerde uitleg en het (leren) vragen van feedback: heeft de patiënt het wel begrepen, is de boodschap overgekomen. Dit zal in zijn algemeenheid winst opleveren voor de arts-patiëntrelatie, dus ook in WGBO-gerelateerde problematiek.

*Actoren: trainers, opleiders*

### **3.4.2 Adviezen over de initiële opleiding**

De basis voor de kennis van de WGBO en het omgaan met de verplichtingen die de WGBO de arts oplegt, moet gelegd worden in de initiële opleiding tot basisarts. Op dit moment wordt in de initiële artsenopleiding vrij weinig aandacht besteed aan kennisaspecten. Hier moet dus meer aandacht voor komen. Het advies is dit niet te doen door een apart vak in te voeren; artsen hoeven immers geen juristen te worden.

Wél is het advies om:

- de basiskennis van de wet op thematische wijze over te brengen;
- de toepassing van de wet in praktijksituaties te oefenen, zodat aankomend artsen aan den lijve ervaren wat de consequenties van de wet zijn in de dagelijkse praktijk. Invalshoek kan zijn een klacht of een probleem in de praktijk; dit kan onder andere via cases, andere vormen van praktijkgericht onderwijs en via interactieve programma's waarbij cursisten met het aanwezige materiaal oplossingen kunnen vinden;
- het thema WGBO te integreren in bepaalde klinische vakken, zoals oncologie of cardiologie, zodat dit thema door de jaren heen steeds terugkomt;
- gespreks- c.q. communicatievaardigheden te trainen.

In zijn algemeenheid geldt nog, dat de inrichting van de BaMa-structuur (zie § 3.3.1) goede aanknopingspunten biedt voor het invullen van inhoud en vorm van het WGBO-gerelateerde onderwijs.

*Actoren: medische faculteiten*

*Gereed per: 2005*

### 3.4.2.1 Aanvullen Raamplan 2001

Hoewel het Raamplan aanknopingspunten biedt voor gezondheidsrechtelijk onderwijs, sluiten wij ons aan bij de conclusies van ‘De Arts van Straks’, waarin gesteld wordt dat het Raamplan 2001 aangevuld moet worden vanwege de veranderende zorgvraag en maatschappelijke veranderingen. Eén van de aspecten waarop artsen (beter) voorbereid moeten worden in hun opleiding houdt verband met eisen die de WGBO stelt. We noemen hier:

- de toenemende rol van de goed geïnformeerde en mondige patiënt als participant in het proces van besluitvorming, begeleiding en evaluatie;
- het communiceren met en voorlichten van patiënten vanuit diverse culturen en de kennis en kunde die daarvoor nodig zijn;
- het toenemende belang van samenwerking met de patiënt;
- het kunnen inspelen op actuele wetgeving zoals de WGBO.

Hieruit kunnen explicietere doelstellingen worden geformuleerd voor het WGBO-onderwijs in de initiële opleiding. Deze aangepaste doelstellingen moeten in het Raamplan worden opgenomen.

*Actoren: VSNU/DMW, medische faculteiten, beroepsorganisaties*

*Gereed per: 2005*

### 3.4.2.2 Leermiddelen

Een belangrijke methode om het onderwijs te ‘sturen’ is het gebruik van adequate leermiddelen (boeken, readers, cases et cetera). Het gaat hierbij om leermiddelen gericht op kennisoverdracht én om leermiddelen gericht op het aanleren van vaardigheden (gesprekstechnieken). Het verdient aanbeveling deze leermiddelen en leermethodes te screenen op hun relevantie voor de kennis en toepassing van de wetgeving op het gebied van gezondheidszorg en op het adequaat aanleren van de benodigde vaardigheden. Deze inventarisatie is nodig om de auteurs te kunnen benaderen om relevante aanpassingen door te voeren.

*Actoren: medische faculteiten, beroepsorganisaties*



**Eenrichtingsverkeer  
tussen arts en  
patiënt kan niet  
meer**



**3.  
Medisch  
onderwijs**

### 3.4.3 Adviezen over de vervolgopleiding en de bij- en nascholing

In de vervolgopleiding moet vooral sprake zijn van praktijkgericht onderwijs. Het accent moet liggen in de tweede fase van de vervolgopleiding. Niet alleen staan arts-assistenten dan sterker in hun schoenen, maar het onderwijs lijkt dan ook meer aan te kunnen sluiten bij de behoefte. Arts-assistenten hebben dan immers al de nodige praktijkervaring opgedaan en zijn wellicht ook reeds geconfronteerd met klachten. Cursussen als ‘effectieve consultvoering’ en ‘omgaan met of vermijden van klachten’ kunnen hier goed op inspelen.

*Actoren: opleiders, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties*

#### 3.4.3.1 Aanpassen eindtermen

Het Centraal College van Medische Specialismen (CCMS) heeft een samenhangend stelsel van eindtermen voor de medisch-specialistische opleidingen ontwikkeld, dat zal leiden tot een nieuw systeem van beoordeling en toetsing<sup>46</sup>. Hierin zijn de eindtermen geformuleerd als het gedrag dat van de deskundig medisch specialist verwacht mag worden. De competentiegebieden die het CCMS hanteert, zijn: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Met name de competenties *communicatie*, *maatschappelijk handelen* en *professionaliteit* zijn van belang bij het omgaan met de WGBO.

Voor wat betreft *communicatie*, geldt dat de deskundig medisch specialist:

- effectieve behandelrelaties met patiënten opbouwt;
- goed luistert en efficiënt relevante patiëntinformatie verkrijgt;
- medische informatie goed met patiënten en families bespreekt;
- adequaat mondeling en schriftelijk verslag doet over patiëntencasus.

Voor wat betreft *maatschappelijk handelen*, geldt dat de deskundig medisch specialist:

- de determinanten van ziekte kent en herkent;
- de gezondheid van patiënten en de gemeenschap als geheel bevordert;
- volgens de relevante wettelijke bepalingen handelt;
- adequaat optreedt bij fouten in de zorg.

Voor wat betreft *professionaliteit*, geldt dat de deskundig medisch specialist:

- hoogstaande patiëntenzorg levert op integere, oprechte en betrokken wijze;
- adequaat persoonlijke en interpersoonlijk professioneel gedrag vertoont;
- de grenzen van de eigen competentie kent en daarbinnen handelt;
- de geneeskunde uitoefent naar de gebruikelijke ethische normen van het beroep.

---

<sup>46</sup> Conceptvoorstel ‘Kerncompetenties van de Nederlandse Medisch Specialist’, eindtermen van de opleiding tot medisch specialist, Centraal College van Medische Specialismen, augustus 2003.



Deze indeling in competenties vertoont grote overeenkomsten met het profiel van ‘De Arts van Straks’<sup>47</sup>. Inmiddels zijn de andere KNMG-Colleges (CSG, CHVG) met de indeling van het CCMS aan de slag gegaan in het kader van de herformulering van hun eigen eindtermen. Het CSG (College voor Sociale Geneeskunde) heeft de indeling inmiddels overgenomen. Het CHVG (College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde) overweegt eveneens de geformuleerde eindtermen over te nemen. De Commissie LeGrand<sup>48</sup> adviseert in haar eindrapportage om het voorstel van het CCMS te gebruiken als raamwerk van algemene eindtermen voor alle erkende medische vervolgopleidingen en deze te laten aansluiten op de initiële opleiding.

In aansluiting hierop wordt aanbevolen zowel voor de vervolgopleiding als voor de bij- en nascholing WGBO-gebonden vaardigheden op te nemen in de eindtermen en deze mee te nemen in toetsings- en beoordelingsmechanismen. Het is de taak van de KNMG-Colleges om - in overleg met de wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten (DMW/VSNU) - hieraan verder uitwerking te geven. Het vaststellen van de eindtermen zal in belangrijke mate de inhoud en vorm van het onderwijs beïnvloeden.

*Actoren: KNMG-Colleges, wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties, DMW/VSNU*  
*Gereed per: 2006*

### 3.4.3.2. Rol van de opleider

Het verdient aanbeveling de rol van de opleiders verder onder de loep te nemen. Zij vervullen een belangrijke rol in de opleiding tot specialist, maar - zo werd tijdens de expertmeeting benadrukt - opleiders benaderen vakken als gezondheidsrecht en ethiek nogal eens defensief (er bestaat vaak weerstand tegen het wettelijk keurslijf dat de arts zou worden opgelegd) en bieden weinig steun en veiligheid. Het zou goed zijn als opleiders uitgebreid getraind worden in rollenspellen, (video)interviews en coachingsmethoden om aankomend artsen beter te kunnen begeleiden en opleiden (*train de trainer*). Daarnaast is het zinvol in de opleiding van de opleiders meer nadruk te leggen op intercollegiale toetsing, coaching/interviews en het creëren van rolmodellen.

*Actoren: KNMG-Colleges (opleidingseisen) in samenwerking met medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen, brancheorganisaties, beroepsorganisaties*  
*Gereed per: 2007*

<sup>47</sup> De Arts van Straks is een bekwaam medicus; is wetenschappelijk opgeleid en georiënteerd; is communicatief en sociaal vaardig; functioneert goed in een team; kan zijn werk adequaat organiseren en is gemotiveerd om een leven lang te leren en te reflecteren.

<sup>48</sup> *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*. Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking (deel 2; uitwerking en achtergronden, juli 2003)



Opleiders bieden  
weinig steun  
en veiligheid



3.  
Medisch  
onderwijs

### 3.4.3.3 Geaccrediteerde bij- en nascholing

Een professionele arts leert levenslang. Maar een gemiddelde praktiserend arts heeft WGBO-gerelateerde activiteiten niet hoog op de prioriteitenlijst staan. De arts ervaart het werken ermee al gauw als tijdrovend (of begint er vanuit dat idee al niet aan). Het is van belang hier rekening mee te houden bij het inrichten van de bij- en nascholing. De inhoud en vorm van de bij- en nascholing moeten aansluiten bij de vragen en problemen die artsen zelf ervaren. Het gaat hier eerder om impliciete behoeften, die bijvoorbeeld tijdens coachingsgesprekken expliciet(er) worden. Ook hier geldt weer: een praktijkgerichte aanpak en het gebruik van casuïstiek c.q. voorbeelden die aansluiten bij de doelgroep, hebben de voorkeur.

Om bewustwording te vergroten lijkt een combinatie van aandacht voor de juridische én de communicatieve kant effectief. Bij het trainen van communicatievaardigheden is het aan te raden die vaardigheden mee te nemen die voor toepassing van de WGBO met name van belang zijn, zoals uitleg geven, ingaan op vragen, actief luisteren, omgaan met emoties, advisering en ondersteuning van de besluitvorming door de patiënt. Vormen van *video on the job* lijken hiervoor kansrijk. Ook andere trajecten en combinaties kunnen effect sorteren mits de training(en) zijn opgenomen in een continu kwaliteitstraject.

Tenslotte zouden WGBO-aspecten onderdeel moeten gaan uitmaken van de algemene geaccrediteerde bij- en nascholing én een verplicht karakter moeten krijgen. Dit advies sluit aan bij de uitkomsten van het 10de ledenpanel van de KNMG<sup>49</sup>, waaruit bleek dat 86% van de artsen aangeeft dat onderwijs op het gebied van communicatieve vaardigheden en op juridisch-ethisch gebied tot de verplichte bij- en nascholing van medisch specialisten zou moeten behoren. Deze accreditatie vindt plaats in het kader van de wettelijke herregistratie. De invulling is de verantwoordelijkheid van de wetenschappelijke verenigingen en/of de beroepsverenigingen van specialisten. Ook zou in de bij- en nascholing meer aandacht moeten komen voor intercollegiale toetsing, coaching/intervisie, *train de trainer* en het creëren van rolmodellen. Als de eindtermen opnieuw geformuleerd worden, heeft dit ook consequenties voor de herregistratie van artsen. De eisen die de Colleges en Registratiecommissies moeten gaan stellen, zullen de inhoud en vorm van de geaccrediteerde bij- en nascholing zeker beïnvloeden.

*Actoren: trainers, wetenschappelijke verenigingen, beroepsverenigingen*

---

<sup>49</sup> R.P. de Roode, J. Witmer, L. Wigtersma: 'Een moeilijke wet. Artsen over de implementatie van de WGBO', MC 2003, nr. 46, p. 1779-1781.

# Bijlage 1

## Lijst met leden Stuurgroep, Projectgroep, Taakgroepen,

## Klankbordgroep en adviseurs

### Stuurgroep

**Dhr.prof.dr.s J. van Londen**, arts, voorzitter, namens NPCF

**Dhr.dr.s. R.H.P. van Beest**, psychiater, geneesheer-directeur Parnassia Den Haag, namens GGZ Nederland

**Dhr.dr.s. B.J.A.M. van Bergen**, Faculteitsdirecteur Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, namens LEVV

**Dhr.mr. C.J. van Groningen**, nucleair geneeskundige, Zaans Medisch Centrum, namens KNMG

**Mw.dr.s. M. Knuttel**, directeur Stichting Pandora, op persoonlijke titel

**Dhr.dr.s. F.F.L. Vlak**, arts, voorzitter Raad van Bestuur Vivium Zorggroep, namens Arcares

**Dhr.dr.s. A.B. Wymenga**, arts, algemeen directeur Ziekenhuis Rivierenland, namens NVZ

**Dhr.mr. J.H.M. Zeijlstra**, namens VGN

**Dhr.mr. P.W.H.M. Francissen**, ministerie van VWS, als waarnemer

### Projectgroep

**Dhr. J.M. Witmer**, huisarts Gezondheidscentrum De Wissel Noordwolde, projectleider (voorzitter)

**Mw.mr. R.P. de Roode**, beleidsmedewerker gezondheidsrecht KNMG, projectsecretaris

**Dhr. B.L. van Albada**, voorzitter Patiënten Consumenten Platform Fryslân (PCPF), voorzitter Taakgroep Scholing Voorlichting en Implementatie (SVI)

**Mw.dr.s. A. Bol**, communicatieadviseur, secretaris Taakgroep SVI

**Dhr.dr.s. P.M. Burger**, dermatoloog, Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht, ondervoorzitter Orde van Medisch Specialisten, voorzitter Taakgroep Toegang tot Patiëntengegevens (TP)

**Mw.mr. E.R.M. de Haas**, dermatoloog, Erasmus MC Rotterdam, voorzitter Taakgroep Dossier en Bewaartermijnen (DB)

**Dhr.mr.dr. J. Nouwt**, universitair docent Centrum voor Recht, Bestuur en Informatisering, Universiteit van Tilburg, secretaris Taakgroep TP

**Mw.mr.dr.s. S. Slabbers**, KSG Gezondheidsrecht, secretaris Taakgroep Informatie en Toestemming (IT)

**Mw.mr. N.M.A. Verkleij**, juridisch beleidsmedewerker NVZ, secretaris Taakgroep DB

**Dhr.prof.mr. F.C.B. van Wijmen**, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Maastricht, voorzitter Taakgroep IT

## Taakgroep Scholing, Voorlichting en Implementatie

**Dhr. B.L. van Albada**, voorzitter Patiënten Consumenten Platform Fryslân (PCPF), voorzitter taakgroep

**Mw.drs. A. Bol**, communicatieadviseur, secretaris taakgroep

**Mw.drs. E. van Eck**, afdeling Implementatievraagstukken ZonMw

**Mw.drs. A.M. Hamersma**, stafmedewerker schadepreventie MediRisk

**Mw. M. M. Kroeze**, adviseur richtlijnontwikkeling Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO

**Mw.drs. C. van Mierlo**, verpleegkundige, assistent adjunct-directeur Zorg, BovenIJ Ziekenhuis Amsterdam

**Dhr. P. Mout**, huisarts, stafid afdeling Productontwikkeling en implementatie NHG

**Mw. J. M. Noorlander**, senior adviseur Gezondheidszorg en Communicatie (free lance)

**Mw. E.C. Strebe**, beleidsmedewerker patiëntenvoorlichting OMS

**Mw. C. Wijdenes**, Directie Voorlichting en Communicatie, VWS

## Taakgroep Informatie en Toestemming

**Dhr.prof. mr. F.C.B. van Wijmen**, hoogleraar gezondheidsrecht Universiteit Maastricht, voorzitter taakgroep

**Mw.mr.drs. S. Slabbers**, KSG Gezondheidsrecht, secretaris taakgroep

**Mw.mr. A.M. Buijse**, verpleegkundige, projectmedewerker LEVV

**Mw. H. van der Hoeven**, programmacoördinator kwaliteit van zorg NPCF

**Dhr.dr. P.M.R.M. de Grood**, anesthesioloog

**Dhr. M.M.J. van Campen**, oud-huisarts

### *Subgroep minderjarige patiënten*

**Mw.mr. M.C.I.H. Biesaart**, beleidsmedewerker gezondheidsrecht KNMG, voorzitter subgroep

**Mw. M.E.A. van Bergen**, directeur landelijk bureau Vereniging Kind en Ziekenhuis

**Dhr.dr. Th.J.A.M. Meerman**, beleidsmedewerker ethiek KNMG

**Dhr.dr. G.P.A. Smit**, kinderarts AZG/Beatrix-kinderkliniek

### *Subgroep meerderjarige wilsonbekwamen*

**Dhr.mr. R. Knuiman**, jurist NVVA, voorzitter subgroep

**Dhr. F.V.P.M. Ewals**, arts verstandelijk gehandicapten, secretaris NVAVG

**Dhr.dr. C.M.P.M. Hertogh**, verpleeghuisarts Vivium Zorggroep, universitair docent Verpleeghuisgeneeskunde VU Amsterdam

**Mw.mr. C.B.M.M. Hoegen**, juriste Arcares

**Dhr.dr. J. van Limbeek**, arts-epidemioloog, hoofd revalidatieafdeling St. Maartenskliniek Nijmegen

**Dhr.dr. A.J. Tholen**, psychiater, chef de clinique Psychiatrie, AZG

## Taakgroep Dossier en Bewaartermijnen

**Mw.mr. E.R.M. de Haas**, dermatoloog Erasmus MC, voorzitter taakgroep  
**Mw.mr. N.M.A. Verkleij**, juridisch beleidsmedewerker NVZ, secretaris taakgroep  
**Mw.mr. R.M.S. Doppegieter**, beleidsmedewerker gezondheidsrecht KNMG  
**Dhr.mr.drs. A.P. van Gurp**, bestuurslid CG-raad  
**Dhr. F.M.M. Helmer**, zorgadministrateur Slingeland Ziekenhuis Doetinchem  
**Dhr. J. Kingma**, huisarts  
**Mw.dr. K.H. Njoo**, huisarts, stafid ICT NHG  
**Mw. M. van Tol**, verpleegkundige, projectmedewerker LEVV  
**Dhr.dr. P. A. Wiegersma**, jeugdarts/epidemioloog, Rijksuniversiteit Groningen

## Taakgroep Toegang tot Patiëntengegevens

**Dhr.drs. P.M. Burger**, dermatoloog, Albert Schweitzer ziekenhuis Dordrecht, ondervoorzitter Orde van Medisch Specialisten, voorzitter taakgroep  
**Dhr.mr.dr. J. Nouwt**, universitair docent Centrum voor Recht, Bestuur en Informatisering, Universiteit van Tilburg, secretaris taakgroep  
**Mw.mr. G.J. Boshuizen**, juridisch beleidsmedewerker NVZ  
**Mw.mr. A.M. Buijse**, verpleegkundige, projectmedewerker LEVV  
**Dhr. K. Kanters**, huisarts, Divisie Klinische Methoden & Public Health, Afdeling Huisartsgeneeskunde, AMC UvA  
**Mw.mr. L.F. Markenstein**, beleidsmedewerker gezondheidsrecht KNMG  
**Dhr. J.N. van der Palen**, voorzitter NVMA  
**Mw.mr. J.A. Rendering**, juriste KNMP  
**Dhr.mr. dr. T.J. Roding**, internist  
**Mw.drs. M.R.J. Spanjaard**, beleidsmedewerker NPCF

## Klankbordgroep

**Mw.mr. G.J. Boshuizen**, juridisch beleidsmedewerker NVZ  
**Mw.prof. J.C.J.M. de Haes**, hoogleeraar medische psychologie, AMC UvA  
**Dhr. R. Helle**, verpleeghuisarts, Stichting Partners in de Zorg, locatie Meerstate  
**Dhr.mr.drs. Th. Hooghiemstra**, manager juridische zaken NICTIZ  
**Dhr. R. Meerhof**, NPCF  
**Dhr. C.A.Th. Rijnders**, psychiater, GGZ Midden-Brabant  
**Mw. Y. Schotsman**, verpleegkundige, clusterhoofd Longziekten en Transferunit BovenIJ Ziekenhuis  
**Dhr. M. Verhoeven**, bestuurslid NVMA  
**Dhr.dr. J.O.M. Zaat**, huisarts, huisartsenmaatschap Landauer  
**Mw.drs. M.J. de Zoeten**, beleidsmedewerker KAMG

**Dhr. J.M.J. van den Berg**, arts, inspecteur in algemene dienst, als waarnemer

## Adviseurs

**Dhr.prof.dr. M. Berg**, hoogleraar sociaal-medische wetenschappen, Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam

**Dhr.dr. R.L.P. Berghmans**, Instituut voor Gezondheidsethiek, Universiteit Maastricht

**Dhr.mr.dr. K. Blankman**, universitair docent familierecht, VU Amsterdam

**Dhr.mr.dr. J.C.J. Dute**, universitair hoofddocent gezondheidsrecht, Universiteit Maastricht

**Dhr.mr.dr. J. Legemaate**, coördinator gezondheidsrecht en juridisch adviseur KNMG

**Mw.mr. V.C. Lucieer**, beleidsmedewerker College Bescherming Persoonsgegevens

**Dhr.drs. A.P.N. van Rooijen**, beleidsmedewerker opleidingen & artsenloopbaan KNMG

**Dhr.prof.mr. B. Sluijters**, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht,  
advocaat De Brauw Blackstone Westbroek

## Met dank aan:

**Dhr.mr. K. van Dijk**, gezondheidsjurist

**Mw.drs. Th. K. Joziase**, Neerlandica

**Mw.drs. J. Ravensbergen**, stafmedewerker Kennistransfer en Implementatie, ZonMw

**Dhr.mr. Ph. Tillema**, stagiair KNMG

**Mw.drs. M.M. Versluijs**, beleidsmedewerker NPCF

## Bijlage 2

### Lijst met gebruikte afkortingen

|          |   |
|----------|---|
| AMC      | Academisch Medisch Centrum  |
| AMK      | Advies- en Meldpunt Kindermishandeling  |
| AVVV     | Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden  |
| AZG      | Academisch Ziekenhuis Groningen   |
| Bopz     | (Wet) Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen  |
| BIG      | (Wet op de) beroepen in de individuele gezondheidszorg  |
| BW       | Burgerlijk Wetboek  |
| CBP      | College Bescherming Persoonsgegevens  |
| CCMS     | Centraal College van Medische Specialismen  |
| CG-Raad  | Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland  |
| CHVG     | College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde   |
| CSG      | College voor Sociale Geneeskunde  |
| CVA      | Cerebro Vasculair Accident  |
| DMW/VSNU | Disciplineoverlegorgaan Medische Wetenschappen van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten |
| EDP      | Electronic Data Processing  |
| EPD      | Elektronisch Patiënten Dossier  |
| FG       | Functionaris voor de Gegevensbescherming  |
| FONA/MIP | Fouten, Ongevallen, Near Accidents/Melding Incidenten<br>Patiëntenzorg  |
| GGZ      | Geestelijke Gezondheidszorg   |
| ICT      | Informatie- en Communicatie Technologie   |
| IGZ      | Inspectie voor de Gezondheidszorg   |
| KAMG     | Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid  |
| KNMG     | Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der<br>Geneeskunst                                     |
| KNMP     | Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie  |
| LEVV     | Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging  |
| NEN      | Nederlands Normalisatie Instituut   |
| NHG      | Nederlands Huisartsen Genootschap   |
| NICTIZ   | Nationaal ICT Instituut in de Zorg  |
| NPCF     | Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie   |
| NVAB     | Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde   |
| NVAVG    | Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten  |
| NVMA     | NVMA Vereniging voor Zorgadministratie & Informatie   |
| NVVA     | Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen  |
| NVZ      | NVZ Vereniging van Ziekenhuizen   |
| OMS      | Orde van Medisch Specialisten   |
| RIAGG    | Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg  |

|      |   |
|------|---|
| VAZ  | Vereniging Academische Ziekenhuizen               |
| VGN  | Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland            |
| VPV  | Vereniging Patiënten Voorlichting                 |
| VU   | Vrije Universiteit                                |
| WBP  | Wet bescherming persoonsgegevens                  |
| WGBO | Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst        |
| WMO  | Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen |
| ZN   | Zorgverzekeraars Nederland                        |



## Bijlage 3

### Wettekst Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Burgerlijk Wetboek

Boek 7 Bijzondere overeenkomsten

Titel 7 Opdracht

Afdeling 5 De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling

#### Artikel 446

1. De overeenkomst inzake geneeskundige behandeling - in deze afdeling verder aangeduid als de behandelingsovereenkomst - is de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde. Degene op wiens persoon de handelingen rechtstreeks betrekking hebben wordt verder aangeduid als de patiënt.

2. Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verstaan:

a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen;

b. andere dan de onder a bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid.

3. Tot de handelingen, bedoeld in lid 1, worden mede gerekend het in het kader daarvan verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht.

4. Onder handelingen als bedoeld in lid 1 zijn niet begrepen handelingen op het gebied van de artsennijbereidkunst in de zin van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, indien deze worden verricht door een gevestigde apotheker in de zin van die wet.

5. Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

#### Artikel 447

1. Een minderjarige die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, is bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf, alsmede tot het verrichten van rechtshandelingen die met de overeenkomst onmiddellijk verband houden.

2. De minderjarige is aansprakelijk voor de daaruit voortvloeiende verbintenissen, onverminderd de verplichting van zijn ouders tot voorziening in de kosten van verzorging en opvoeding.

### **Artikel 448**

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen.

2. Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:

a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;

b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;

c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;

d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

3. De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen slechts onthouden voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De hulpverlener maakt geen gebruik van zijn in de eerste volzin bedoelde bevoegdheid dan nadat hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd.

### **Artikel 449**

Indien de patiënt te kennen heeft gegeven geen inlichtingen te willen ontvangen, blijft het verstrekken daarvan achterwege, behoudens voor zover het belang dat de patiënt daarbij heeft niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit voor hemzelf of anderen kan voortvloeien.

### **Artikel 450**

1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.

2. Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.

3. In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van artikel 465, de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

### **Artikel 451**

Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming heeft gegeven.

### **Artikel 452**

De patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft.

### **Artikel 453**

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

### **Artikel 454**

1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.
2. De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.
3. Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

### **Artikel 455**

1. De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden, bedoeld in artikel 454, binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt.
2. Lid 1 geldt niet voor zover het verzoek bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aanmerkelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt, alsmede voor zover het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.

### **Artikel 456**

De hulpverlener verstrekt aan de patiënt desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454. De verstrekking blijft achterwege voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. De hulpverlener mag voor de verstrekking van het afschrift een redelijke vergoeding in rekening brengen.

### **Artikel 457**

1. Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming

van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.

2. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.

#### **Artikel 458**

1. In afwijking van het bepaalde in artikel 457 lid 1 kunnen zonder toestemming van de patiënt ten behoeve van statistiek of wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid aan een ander desgevraagd inlichtingen over de patiënt of inzage in de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt indien:

a. het vragen van toestemming in redelijkheid niet mogelijk is en met betrekking tot de uitvoering van het onderzoek is voorzien in zodanige waarborgen, dat de persoonlijke levenssfeer van de patiënt niet onevenredig wordt geschaad, of

b. het vragen van toestemming, gelet op de aard en het doel van het onderzoek, in redelijkheid niet kan worden verlangd en de hulpverlener zorg heeft gedragen dat de gegevens in zodanige vorm worden verstrekt dat herleiding tot individuele natuurlijke personen redelijkerwijs wordt voorkomen.

2. Verstrekking overeenkomstig lid 1 is slechts mogelijk indien:

a. het onderzoek een algemeen belang dient,

b. het onderzoek niet zonder de desbetreffende gegevens kan worden uitgevoerd, en

c. voor zover de betrokken patiënt tegen een verstrekking niet uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt.

3. Bij een verstrekking overeenkomstig lid 1 wordt daarvan aantekening gehouden in het dossier.

#### **Artikel 459**

1. De hulpverlener voert verrichtingen in het kader van de behandelingsovereenkomst uit buiten de waarneming van anderen dan de patiënt, tenzij de patiënt ermee heeft ingestemd dat de verrichtingen kunnen worden waargenomen door anderen.

2. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen van wie beroepshalve de medewerking bij de uitvoering van de verrichting noodzakelijk is.

3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de verrichting op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door verrichtingen te doen waarnemen niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks niet toe.

#### **Artikel 460**

De hulpverlener kan, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen.

#### **Artikel 461**

De opdrachtgever is de hulpverlener loon verschuldigd, behoudens voor zover deze voor zijn werkzaamheden loon ontvangt op grond van het bij of krachtens de wet bepaalde dan wel uit de overeenkomst anders voortvloeit.

#### **Artikel 462**

1. Indien ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, is het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk, als ware het zelf bij de overeenkomst partij.
2. Onder ziekenhuis als bedoeld in lid 1 worden verstaan een voor de toepassing van de Ziekenfondswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting erkende of aangewezen instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis, een abortuskliniek in de zin van de Wet afbreking zwangerschap alsmede een tandheelkundige inrichting in de zin van de Wet tandheelkundige inrichtingen 1986.

#### **Artikel 463**

De aansprakelijkheid van een hulpverlener of, in het geval bedoeld in artikel 462, van het ziekenhuis, kan niet worden beperkt of uitgesloten.

#### **Artikel 464**

1. Indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, zijn deze afdeling alsmede de artikelen 404, 405 lid 2 en 406 van afdeling 1 van deze titel van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.
2. Betreft het handelingen als omschreven in artikel 446 lid 5, dan:
  - a. worden de in artikel 454 bedoelde bescheiden slechts bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van het onderzoek, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet;
  - b. wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste wenst kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

#### **Artikel 465**

1. De verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien worden, indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, door de hulpverlener nagekomen jegens de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen dan wel jegens zijn voogd.

2. Hetzelfde geldt indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt.
3. Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.
4. De hulpverlener komt zijn verplichtingen na jegens de in de leden 1 en 2 bedoelde wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt en de in lid 3 bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.
5. De persoon jegens wie de hulpverlener krachtens de leden 2 of 3 gehouden is de uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeiende verplichtingen na te komen, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.
6. Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

#### **Artikel 466**

1. Is op grond van artikel 465 voor het uitvoeren van een verrichting uitsluitend de toestemming van een daar bedoelde persoon in plaats van die van de patiënt vereist, dan kan tot de verrichting zonder die toestemming worden overgegaan indien de tijd voor het vragen van die toestemming ontbreekt aangezien onverwijlde uitvoering van de verrichting kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.
2. Een volgens de artikelen 450 en 465 vereiste toestemming mag worden verondersteld te zijn gegeven, indien de desbetreffende verrichting niet van ingrijpende aard is.

#### **Artikel 467**

1. Van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen kunnen worden gebruikt voor medisch statistisch of ander medisch wetenschappelijk onderzoek voor zover de patiënt van wie het lichaamsmateriaal afkomstig is, geen bezwaar heeft gemaakt tegen zodanig onderzoek en het onderzoek met de vereiste zorgvuldigheid wordt verricht.
2. Onder onderzoek met van het lichaam afgescheiden anonieme stoffen en delen wordt verstaan onderzoek waarbij is gewaarborgd dat het bij het onderzoek te gebruiken lichaamsmateriaal en de daaruit te verkrijgen gegevens niet tot de persoon herleidbaar zijn.

**Artikel 468**

Van de bepalingen van deze afdeling en van de artikelen 404, 405 lid 2 en 406 van afdeling 1 van deze titel kan niet ten nadele van de patiënt worden afgeweken.